

# Broen til bedre sundhed

– fokus Lolland-Falster



Lighed i sundhed har fået et stort politisk fokus, idet der er dokumentation for, at der i visse områder af landet, herunder områder i Region Sjælland, er en markant ulighed i sundhed.

Omdrejningspunktet for dette projekt er Lolland-Falster, hvor dele af befolkningen står overfor en række markante udfordringer på social- og sundhedsområdet. Det fremgår eksempelvis af Sundhedsprofilen og den generelle efterspørgsel på sundhedsydelser og andre velfærdsydelser.

Region Sjælland vil - i samarbejde med lokale aktører samt nationale og internationale interessenter - iværksætte et stort udviklingsprojekt med henblik på at forbedre befolkningens sundhedstilstand. Udviklingsprojektet er baseret på visionen om et sundhedsfremmende samfund, understøttet af et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum.

Målene er meget ambitiøse - sygeligheden i befolkningen skal reduceres, der skal skabes bedre kvalitet og effektivitet i sundhedstilbuddene, og der skal generelt skabes større lighed i sundhed for befolkningen. Dette kræver en koordineret indsats, som sigter mod øget folkesundhed, bedre kvalitet og en bæredygtig udvikling i sundhedsudgifterne via initiativer på tværs af aktører og forvaltningsområder.

Projektoplægget er udarbejdet i regi af Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland, og det er blevet til på baggrund af input fra Lolland og Guldborgsund Kommune samt repræsentanter fra Nykøbing Sygehus, Psykiatrien, almen praksis, eksterne interessenter m.fl.

God læselyst!

Kvalitet & Udvikling

Region Sjælland

Alléen 15

4180 Sorø

Telefon 7015 50 00

E-mail [kvalitetudvikling@regionsjaelland.dk](mailto:kvalitetudvikling@regionsjaelland.dk)

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

# Indhold

Indledning .....	6
Baggrund .....	7
Udviklingsprojekt: Broen til bedre sundhed .....	8
Hvad du kan finde i oplægget .....	9
Sammenfatning .....	11
Problemkataloget .....	15
Karakteristik af området .....	15
Geografi.....	15
Landdistrikter i Danmark .....	15
Demografi .....	16
Erhverv og arbejdsmarked .....	17
Sociale forhold .....	18
Folkesundhed .....	19
Sundhedsadfærd.....	20
Udfordringer hos de enkelte aktører i det lokale sundhedsvæsen .....	21
Almen praksis .....	22
Praktiserende speciallæger, psykologer mv.....	24
Det præhospitale område.....	24
Nykøbing Falster sygehus .....	25
Psykiatrien i Region Sjælland .....	30
Lolland og Guldborgsund Kommune .....	31
Aktivitet og økonomi i sundhedsvæsenet.....	32
Forbrug af sundhedsydelser i primærsektoren .....	33
Forbrug af sundhedsydelser på sygehus.....	38
Aktivitet og økonomi i Psykiatrien, distrikt Maribo.....	41
Sundhedsøkonomi i kommunerne.....	41
Konklusion.....	43

Eksisterende tiltag og aktiviteter .....	44
Sundhedsaftalen 2010-2014 .....	45
Almen Praksis .....	45
Indsats i forhold til rekruttering i Almen Praksis.....	45
Yderligere initiativer i Almen Praksis .....	46
Initiativer i speciallægepraksis.....	47
Styrkelse af det præhospitale beredskab i yderområder .....	47
Initiativer på Nykøbing Falster Sygehus .....	48
Rekrutteringsproblemer blandt læger .....	48
Initiativer rettet mod bedre kvalitet på Nykøbing Falster sygehus .....	49
Initiativer i Psykiatrien.....	49
Rekruttering – herunder international rekruttering.....	49
Særlige initiativer.....	49
Initiativer i kommunerne .....	50
Løsningskatalog.....	52
Massestrategi som løsningsmodel .....	53
Strukturel forebyggelse og evaluering heraf .....	53
Mulige initiativer under udviklingsprojektet .....	54
Mål 1: Bedre folkesundhed for befolkningen på Lolland og Falster .....	54
Mål 2: Bedre kvalitet af sundhedsydelser på tværs af aktører og sektorer.....	58
Mål 3: Bæredygtig udvikling i sundhedsomkostninger.....	60
Organisering af udviklingsprojektet .....	62
Sundhedslaboratoriet .....	62
Videnskabeligt rådgivningspanel .....	62
Potentielt samarbejde med Institute for HealthCare Improvement .....	63
Referencer.....	66

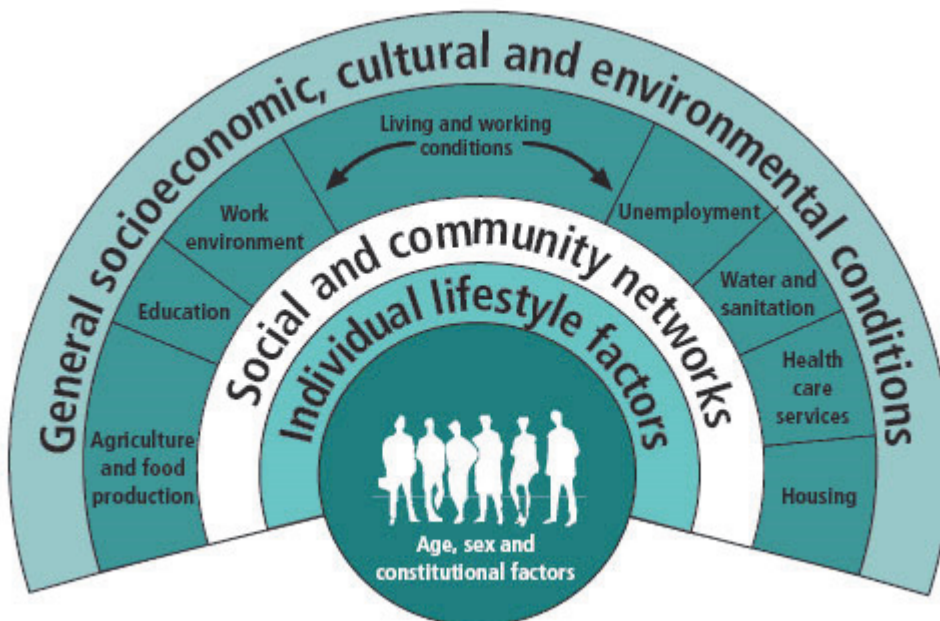


# Indledning

Lighed i sundhed er blevet et tiltagende politisk fokus de seneste år, idet gentagne eksempler fra hverdagen har vist at visse områder af landet – herunder udkantsområder i Region Sjælland – ikke nyder de samme muligheder, når det kommer til sundhed, som den øvrige befolkning. Lolland og Guldborgsund kommuner er eksempler herpå. Perspektiverne for et udviklingsprojekt med fokus på lighed i sundhed, der går på tværs af aktører, sektorer og forvaltningsområder, har derfor været diskuteret i forskellige fora i regionen.

Med afsæt i disse diskussioner har Afdeling for Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland, iværksat udformningen af dette oplæg til brug for den videre beslutningsproces omkring omfang og indhold af et sådan udviklingsprojekt. Sundhed er omdrejningspunkt i oplægget, men indsatsen -og på sigt gevinsten - går på tværs af alle interessentgrupper. Lighed i sundhed beror nemlig på såvel sociale, som økonomiske og miljømæssige forhold - og sundhedsvæsenet er kun en del heraf.

Figur 1. Faktorer med betydning for en befolknings sundhed



Kilde: Dahlgren G, Whitehead M (1992) *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe

Interessenterne, ud over sundhedsvæsenets aktører, omfatter således den lokale befolkning, civilsamfundsorganisationer, erhvervslivet, samt administrative instanser som kommuner på tværs af forvaltningsområder og region. Den foreløbige arbejdstitel for projektet er således ”Broen til bedre sundhed – udviklingsprojekt Lolland-Falster”.

## Baggrund

Udkantsområderne i Danmark oplever en række udfordringer i forhold til demografisk udvikling, uddannelsesniveau, samt etablering og fastholdelse af arbejdspladser. Lolland og Guldborgsund Kommune hører blandt udkantsområderne i Region Sjælland, og de socio-økonomiske problemer er en del af den lokale dagsorden – såvel politisk som i driften af de sociale og sundhedsrelaterede ydelser.

Gennem årtier har lokale myndigheder, institutioner og civilsamfundsaktører forsøgt at vende udviklingen med udviklingsinitiativer rettet mod alt fra vækst, erhverv og miljø, til sociale sektorer, uddannelse og sundhed. Initiativer som er realiseret med støtte fra lokale og regionale udviklingsmidler, samt EU tilskud via Mål-2 puljen. Man kan kun spekulere i hvorledes situationen ville se ud i dag, hvis disse initiativer ikke havde fundet sted.

Klart står det dog, at befolkningen i Lolland og Guldborgsund kommune fortsat hører blandt dem med lavest middellevetid i Danmark, at andelen af fattige børn er blandt de højeste, og at sundhedsadfærden halter bagefter på en række punkter. Andelen af borgere med kronisk sygdom er ligeledes blandt de højeste i regionen. Befolkningen i de to kommuner står således overfor en række udfordringer på social- og sundhedsområdet. Udfordringer som afspejler sig i den lokale sundhedsprofil og efterspørgsel på sundhedsydelser og andre velfærdsydelser.

Kronisk sygdom er dyrt – både i relation til forbrug af sundhedsydelser, og når det gælder erhvervsevne og livskvalitet hos den enkelte. Med en forventning om et øget antal borgere med kroniske sygdomme og sygdom relateret til livsstil og levevilkår i de kommende år, er væksten i sundhedsomkostningerne for såvel region som kommuner en reel trussel. En trussel som forstærkes af den demografiske udvikling med stadig flere ældre og færre erhvervsaktive til at finansiere den stigende efterspørgsel på velfærdsydelser inklusiv sundhed.

Sundhedsvæsenet med dets forskellige aktører står ligeledes overfor en række udfordringer. Såvel sygehuset i Nykøbing Falster, som psykiatrien og praksissektoren oplever rekrutteringsproblemer. Dette koster både i forhold til økonomi og kvalitet. Også Guldborgsund og Lolland Kommune, som siden strukturreformen i 2007 er blevet centrale aktører i det lokale sundhedsvæsen med ansvar for bl.a. sundhedsfremme og forebyggelse, oplever udfordringer omkring økonomi og kvalitet. Samtidig oplever kommunerne en tiltagende social skævrivning i befolkningen lokalt, som på sigt formodes at få negative konsekvenser for folkesundheden.



Kun gennem en langsigtet og fokuseret indsats for at bedre folkesundheden er det muligt at mindske behovet for sundhedsydelse i fremtiden, og dermed sikre en bæredygtig udvikling i sundhedsomkostningerne. Samtidig er der brug for at de eksisterende sundhedstilbud er relevante dvs. effektive og af høj kvalitet.

Samlet set står såvel befolkningen, som sundhedsvæsenets og de øvrige lokale interessenter overfor nogle store udfordringer, som skal overvindes før det sundhedspolitiske mål om social lighed i sundhed<sup>1</sup>, kan blive en realitet.

## Udviklingsprojekt: Broen til bedre sundhed

Med afsæt i ovenstående ønsker Region Sjælland, i samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige aktører og lokale interessenter, at gennemføre et langsigtet udviklingsprojekt der sigter mod at bedre sundhedstilstanden i befolkningen som helhed. Et udviklingsprojekt, der går på tværs af aktører og sektorer i relation til befolkningen på Lolland og Falster med omkringliggende øer.

Der er behov for en koordineret indsats, som sigter mod øget folkesundhed, bedre kvalitet og en bæredygtig udvikling i sundhedsudgifterne via initiativer på tværs af aktører og forvaltningsområder. Udviklingsprojektet er således baseret på visionen om et sundhedsfremmende samfund, understøttet af et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Udviklingsprojektet skal supplere eksisterende initiativer, herunder initiativer etableret som led i Sundhedsaftalen 2010-2014.

Perspektivet strækker sig mange år frem i tiden. Det er afgørende, at sygehuset og de øvrige aktører på den korte bane sikres en stabil drift med høj kvalitet i ydelserne. Samtidig er der behov for at udbygge samarbejdet mellem aktørerne omkring de tværgående patientforløb. Her kræves resultater indenfor en periode på 1-2 år. På den lange bane handler det dog om at bedre folkesundheden for hele befolkningen og derigennem vende udviklingen. Dette kræver et engagement fra interessenter såvel indenfor, som udenfor det egentlige sundhedsvæsen, og det må forventes at tage flere år.

Med dette udviklingsprojekt er der udsigt til et nødvendigt, men langt og sejt træk. Kun på sigt kan gevinsten høstes. En forventet økonomisk gevinst på længere sigt ved reduceret sygelighed i befolkningen og dermed mindre efterspørgsel på sundhedsydelse. En økonomisk gevinst indenfor en kortere årrække på baggrund af bedre kvalitet og effektivitet i sundhedstilbuddene. Og sidst, men ikke mindst, en samfundsmæssig gevinst i form af større lighed i sundhed for befolkningen på Lolland og Falster.

---

<sup>1</sup>Lighed i sundhed: lighed i adgang, udvikling af specialtilbud, indsatser skal styrke personlige ressourcer og egenomsorg (Sundhedsaftalen 2010-2014)



Lolland og Falster er et oplagt sted at starte. Ud over folkesundhedsmæssige, sociale, sundhedsfaglige og økonomiske udfordringer, eksisterer der et godt samarbejde på tværs af aktørerne lokalt, og der er opbakning til at afprøve koordinerede indsatser, som kan medvirke til at vende udviklingen. Der er mulighed for at vende problemerne til en systematisk læringsituation, som kan bidrage positivt til områdets videre udvikling.

Perspektivet for projektet involverer ny viden, interventionsbaseret forskning og lokal handling. Potentialet for spredning er naturligvis essentielt for dette udviklingsprojekt. Alle interventioner evalueres derfor med henblik på potentiel udbredelse til lignende områder regionalt og/eller nationalt. Den viden, som dette projekt bidrager med, skal komme hele regionen til gavn.

## Hvad du kan finde i oplægget

Oplægget er en sammenskrivning af foreliggende data og erfaringer blandt de lokale aktører, kombineret med tidligere relevante opgørelser og initiativer der har fundet sted i lokalt, regionalt, nationalt eller internationalt.

Formålet med oplægget er at identificere og om muligt kvantificere de største sundhedsmæssige udfordringer for området, samt komme med konkrete bud på tiltag, der kan bidrage til løsning af de identificerede problemer. Konkrete løsninger med kort og langt perspektiv. Oplægget er således udformet som et problem-, status- og løsnings-katalog.

Problemkataloget tager afsæt i foreliggende data og lokale erfaringer. I perioden april-august 2011 er repræsentanter for de forskellige aktører på sundhedsområdet - herunder region og kommuner - blevet interviewet vedrørende udfordringer og ideer til løsninger (bilag 1). De identificerede udfordringer er herefter søgt kvantificeret med data tilgængelige via henholdsvis region, kommuner og nationale kilder som kvalitetsdatabaser og Danmarks statistik. Foreliggende sammenfatninger, undersøgelser og oplæg anvendt i forskellige udvalgssammenhænge, der kunne belyse emnet yderligere, er ligeledes integreret i oplægget.

Statusafsnittet beskriver kort hidtidige initiativer med henblik på at imødekomme de identificerede udfordringer.

Løsningskataloget indeholder en skitse over mulige interventioner i forhold til de identificerede udfordringer – interventioner rettet mod sygehuset, psykiatri, almen praksis, kommunerne og borgerne. Interventioner som tilsammen har til formål at bedre folkesundheden, øge kvaliteten af de tilbudte ydelser og sikre en bæredygtig udvikling i udgifterne til sundhed.

Det er vigtigt at understrege, at der er tale om en massestrategi omfattende en serie af strukturelle tiltag rettet mod hele befolkningen, kombineret med specifikke tiltag rettet mod mindre grupper af befolkningen, og/eller individer. De foreslåede løsninger har således kortere eller længere perspektiv og evalueringsformen er tilpasset hertil.

Som led i udarbejdelsen af oplægget, er udfordringer og mulige løsninger diskuteret med eksterne kompetencepersoner indenfor sundhedsøkonomi og sundhedsfremme og forebyggelse. Oplægget er ligeledes diskuteret med repræsentanter fra Institute for HealthCare Improvement (IHI) – en international kvalitetsorganisation med erfaring indenfor større udviklingsprojekter rettet mod netop den tredelte vision om bedre folkesundhed, bedre kvalitet og sundere økonomi. Mulighederne for et formaliseret internationalt samarbejde med IHI omkring udformning af design og implementering af serien af tiltag og monitorering af effekten heraf, beskrives ligeledes.

Rapporten konkluderes med en kort gennemgang af de afsøgte finansieringsmuligheder, idet gennemførelse af udviklingsprojektet afhænger af indhentning af eksterne midler. Men vigtigst af alt er forankringen af denne langsigtede indsats blandt lokale politikere og interessenter.

God læselyst.

# Sammenfatning

Region Sjælland ønsker i samarbejde med lokale sundhedsaktører og øvrige lokale interessenter, at iværksætte et større udviklingsprojekt med henblik på at forbedre befolkningens sundhedstilstand i områder, hvor ulighed i sundhed påvirker den lokale udvikling. Lolland og Falster udgør et sådan område og oplægget til dette udviklingsprojekt tager således udgangspunkt i Lolland og Guldborgsund kommune. Perspektivet for den systematiske læring, som projektet kan bidrage med, omfatter dog også den øvrige region. Det er hensigten, at interventioner skal testes under projektet, og derefter implementeres i andre områder hvor de vurderes at kunne bidrage positivt til udviklingen.

Tidsperspektivet for projektet strækker sig over en årrække og succesfuld implementering kræver derfor en vedvarende indsats, der går på tværs af interessenter og traditionelle skel mellem forvaltningsområder og sektorer. Forankring blandt såvel lokale politikere som øvrige interessenter, er således essentiel.

Baseret på ovenstående er der i regi af Afdeling for Kvalitet og Udvikling, men med input fra de øvrige sundhedsaktører på Lolland og Falster, udviklet dette oplæg, som kan indgå i den videre beslutningsproces omkring realisering af et sådan udviklingsprojekt. Projektoplægget er opdelt i et problem-, status- og løsnings-katalog.

## Problemkataloget

Dette indledende afsnit omfatter en socioøkonomisk og sundhedsmæssig karakteristik af området, en gennemgang af de største udfordringer hos de enkelte lokale aktører på sundhedsområdet, samt en opgørelse over aktivitet og økonomi i sundhedsvæsenet lokalt.

- Lolland og Guldborgsund Kommuner udgør ca. en fjerdedel af Region Sjællands samlede areal, og de er klassificeret som hhv. yderkommune og landkommune.
- Andelen af ældre er høj, og med en årlig nettoudvandring af særligt unge under uddannelse og erhvervsaktive, sker en gradvis social skævvridning i retning af flere med behov for velfærdsydelse og færre til at dække omkostningerne.
- Arbejdsstyrken er præget af et lavt uddannelsesniveau, og med lukning af en række større arbejdspladser, er antallet af fuldtidsledige og tilvæksten heri større end på regionalt plan.
- Sundhed, marginalisering og fattigdom hører sammen. Med hhv. 9,4 % og 7,4 % af børn bosat i fattige familier, hører Lolland og Guldborgsund blandt de ti hårdest ramte kommuner i Danmark.
- Middellevetiden for befolkningen i de to kommuner hører blandt de laveste i Danmark, og en lokal opgørelse for Lolland Kommune viser en overdødelighed blandt såvel mænd som kvinder som følge af blandt andet trafikuheld og lever/nyre-sygdom.

- Sundhedsadfærden, som har betydning for efterspørgslen på sundhedsydelser i fremtiden, halter bagefter på en række punkter – herunder rygning, usunde kostvaner, stillesiddende fritid og andel med svær overvægt.

- Almen praksis, speciallægepraksis, psykiatri og sygehus oplever alle rekrutteringsproblemer.
- I Almen praksis findes der mange 60+ årige læger, mange sololæger, stor nettoafgang i perioden 2007-2010, samt mange ledige ydernumre. Der forventes et stort gab indenfor få år mellem det fremskrevne antal læger og det afledte lægebehov. Dette gør området særligt sårbart i forhold til at sikre adgang til primære sundhedsydelser.
- De praktiserende speciallæger og psykologer er koncentreret omkring Nykøbing Falster, og der er aktuelt et ledigt ydernummer indenfor dermatologi.
- Nykøbing Falster sygehus mangler særligt fastansatte speciallæger, hvorfor driften i vid udstrækning baseres på korterevarende ansættelser, herunder brugen af vikarer. Brugen af vikarer kostede i 2010 ca. 20 millioner kroner, mens omkostningerne hertil i 2011 forventes mere end halveret.
- Psykiatrien oplever regionalt en mangel på psykiatere og specialiserede psykologer – men rekrutteringsproblemerne er særligt store i distrikt maribo resulterende i bl.a. opgaveglidning mellem faggrupperne.

- Udgifterne til behandling i primærsektoren er steget siden 2007, mens antallet af behandlede borgere er stort set uændret. For Lolland og Guldborgsund Kommune er stigningen i såvel det samlede bruttohonorar som i udgiften/patient dog steget mindre end det regionale gennemsnit.
- Almen Praksis har siden 2007 oplevet et fald i såvel antallet af ydelser som antallet af borgere behandlet i praksis. Stigningen i bruttohonorar er steget betydeligt mindre i Guldborgsund end på regionalt plan og for Lolland kommune er der ligefrem tale om et fald i udgifterne. Samlet set giver udviklingen indtryk af et relativt underforbrug af ydelser leveret via Almen Praksis for borgerne i de to kommuner.
- Antallet af borgere der anvender vagtlæge og antallet af ydelser leveret via dette system er derimod steget markant for hele regionen siden 2007. Borgerne i de to kommuner bruger en relativ større andel af det samlede bruttohonorar til primærsektoren til vagtlægebehandling end den øvrige region.
- Borgerne i Guldborgsund kommune har et relativt højt forbrug af ambulante ydelser, mens befolkningen i Lolland kommune anvender ambulante behandling på sygehus i mindre grad end regionale gennemsnit.
- Borgere fra begge kommuner oplever færre indlæggelser per 1000 borgere end regionalt, men indlæggelsesvarigheden er længere.
- Andelen af akutte indlæggelser er højere for såvel Guldborgsund som Lolland kommune, end regionalt.

- Der foreligger ikke data til belysning af lokal aktivitet og økonomi for psykiatrisk behandling af borgerne i de to kommuner, sammenlignet med regionale tal.
- Kommunerne oplever stigende driftsomkostninger på sundhedsområdet og med øgningen i medfinansieringen ved akutte indlæggelser forventes disse at stige yderligere i 2012.
- Begge kommuner oplever et omkostningsniveau per borger til hjemmesygepleje, genoptræning og sundhedspleje, der er højere end det regionale gennemsnit.

De største udfordringer omfatter således:

- En haltende folkesundhed kombineret med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der giver udsigt til fortsat social og sundhedsmæssig skævvridning med flere kronisk syge og borgere med sygdom relateret til livsstil.
- Stigende udgifter til sundhedsområdet med en tendens til øget forbrug af akutydelser. Fravær af relevante styringsværktøjer gør målrettet intervention vanskelig.
- Kvalitetssikring – herunder metoder til relevant brug af data til sundhedspolitisk prioritering og evidensbaserede løsninger for interventioner.
- Rekruttering af kvalificeret personale – herunder særligt læger til praksis, psykiatri og sygehus.
- Koordination af forløb og integration af eksisterende tilbud på tværs af aktører – herunder kommunikation på tværs.

## Statusafsnittet

Dette relativt korte mellemafsnit omfatter en beskrivelse af eksisterende initiativer hos de enkelte aktører, med sigte mod at løse nogle af de største udfordringer:

- Med Sundhedsaftalen 2010-2014 er der etableret officielle samarbejdsfora på tværs af aktører, og aftalen fungerer som en rettesnor i forhold til ansvars- og opgavefordeling i perioden.
- For at imødegå manglen på læger, har man hos de enkelte aktører afprøvet en række alternative ansættelsesformer, samt international rekruttering.
- I Almen Praksis har man yderligere afprøvet forskellige støtteordninger til de enkelte lægepraksis. Aktuelt forsøger man at skabe gode rammer for en moderne flerlægepraksis på det gamle sygehus i Nakskov, og med et tilbud om videreuddannelse af praksispersonale til håndtering af kronisk syge er der lagt op til opgaveglidning med henblik på frigivelse af ekstra lægetid.
- Manglen på bl.a. hudlæger lokalt har resulteret i et forsøg med telemedicinsk diagnostik i samarbejde med lokale alment praktiserende læger.

- Det præhospitale beredskab søges styrket via mindre avancerede udrykningsenheder placeret i yderområder, og der kører aktuelt et forsøg med afslutning af relevante patienter lokalt, så unødige akutte indlæggelser undgås.
- På Nykøbing Falster sygehus søges kvalitetssikring styrket gennem omstrukturering af enkelte arbejdsgange.
- Psykiatrien indgår i tværgående samarbejder med Guldborgsund kommune omkring socialt udsatte, og et nu afsluttet projekt med de praktiserende læger omkring bedre kvalitet i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser.
- Kommunerne varetager en række initiativer omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Enkelte initiativer sigter mod at bryde med en negativ social arv for derigennem at fremme sundhed.

## Løsningskataloget

I løsningskataloget beskrives en række forslag til konkrete initiativer, som via en sideløbende implementering kan bidrage til realisering af de opstillede mål for projektet og dermed bedre sundhedstilstanden blandt befolkningen lokalt:

- Der tages udgangspunkt i tre overordnede mål omhandlende bedre folkesundhed, bedre kvalitet af ydelser på tværs af aktører og sektorer, samt bæredygtig udvikling i sundhedsomkostningerne.
- Målene skal opnås via en massestrategi bestående af to typer interventioner. Den strukturelle forebyggelse omfatter en serie tiltag rettet mod at bedre sundhedstilstanden i befolkningen som helhed ved at påvirke hvert individ en smule i den rigtige retning. Det specifikke forebyggelsestiltag er derimod rettet mod mindre grupper af borgere eller individer.
- Evalueringsformen tilpasses de enkelte tiltag, men omfatter blandt andet etablering af en befolkningsundersøgelse lokalt.
- De foreslåede initiativer skal forløbe samtidig og kræver implementering i lokalområder, på skoler, arbejdspladser, erhvervsliv, samt i regi af de enkelte aktører indenfor sundhedssektoren.
- Tidsperspektivet for de enkelte initiativer varierer fra kortsigtet (dvs. forventet effekt indenfor 1-2 år), til de meget langsigtede omkring folkesundhed, som må forventes at tage mange år.
- Udviklingsprojektet foreslås koordineret via en nyetableret struktur kaldet Sundhedslaboratoriet, som varetager den overordnede koordination af initiativer forankret hos de enkelte interessenter, samt bistår med implementering, monitorering og evaluering af de enkelte tiltag. Et videnskabeligt rådgivende panel søges ligeledes nedsat.
- Projektet er inviteret som partner i et internationalt netværk af regionale sundhedsorganisationer under Institute for Healthcare Improvement, som arbejder med samme tredelte mål.

# Problemkataloget

Problemkataloget indledes med en karakteristisk af lokalområdet med udgangspunkt i en række sociale, økonomiske og miljømæssige faktorer som vides at have betydning for en befolknings sundhed. Efterfølgende findes en beskrivelse af udfordringerne hos de enkelte aktører på sundhedsområdet, samt en gennemgang af foreliggende data med sigte at kvantificere de identificerede problemer. Til sidst belyses aktivitet og økonomi forbundet med sundhedsydelse i hhv. primær og sygehussektor.

## Karakteristik af området

- Lolland og Guldborgsund Kommuner udgør ca. en fjerdedel af Region Sjællands samlede areal, og de klassificeret som hhv. yderkommune og landkommune.
- Andelen af ældre er høj, og med en årlig nettoudvandring af særligt unge under uddannelse og erhvervsaktive, sker en gradvis social skævvridning i retning af flere med behov for velfærdsydelse og færre til at dække omkostningerne.
- Arbejdsstyrken er præget af et lavt uddannelsesniveau, og med lukning af en række større arbejdspladser, er antallet af fuldtidsledige og tilvæksten heri større end på regionalt plan.
- Sundhed, marginalisering og fattigdom hører sammen. Med hhv. 9,4 % og 7,4 % af børn bosat i fattige familier, hører Lolland og Guldborgsund blandt de ti hårdest ramte kommuner i Danmark.
- Middellevetiden for befolkningen i de to kommuner hører blandt de laveste i Danmark, og en lokal opgørelse for Lolland Kommune viser en overdødelighed blandt såvel mænd som kvinder som følge af blandt andet trafikuheld og lever/nyre-sygdom.

## Geografi

Lolland og Guldborgsund kommuner er placeret i den sydlige del af Region Sjælland. Området omfatter øerne Lolland og Falster, samt omkringliggende mindre øer. Til Lolland kommune hører de beboede øer Askø, Fejø og Femø, og der er færgeforbindelse til disse samt til Spodsbjerg og til Puttgarden i Tyskland. Bogø hører til Guldborgsund kommune og der er færgeforbindelse hertil. Storstrømsbroen og Farøbroen forbinder Falster til Sjælland og en færgerute forbinder Gedser og Rostock. Der er planlagt en fast forbindelse over Femern Bælt, der ventes at stå færdig i 2020. I alt er der tale om 1.794 km<sup>2</sup>, hvilket svarer til ca. en fjerdedel af regionens samlede areal.

## Landdistrikter i Danmark

Med kommunalreformen i 2007 blev en række kommuner karakteriseret som landdistrikt baseret på fjorten indikatorer. Med stigende afstand til et regionalt bycenter, underindeles



landdistrikter i henholdsvis mellemkommuner, landkommuner og yderkommuner. I Danmark er der 11 yderkommuner, heriblandt Lolland Kommune. Guldborgsund Kommune er klassificeret som landkommune. Det, som generelt karakteriserer kommunerne placeret langt fra regionale bycentre, er en tilbagegang i befolkningstallet med særlig udtynding af befolkningen i den erhvervsaktive alder, relativ høj arbejdsløshed, og et uddannelsesniveau præget af ufaglærte og erhvervsfaglige uddannelser. Særligt yderområderne nyder særlig bevågenhed fra EU's side med henblik på puljemidler til udviklingstiltag (såkaldte mål 2 midler).

## Demografi

Befolkningen bestod per 1. april 2011 af knap 46.000 indbyggere i Lolland kommune og ca. 62.000 i Guldborgsund kommune. Med en samlet befolkning på 108.000 personer udgør indbyggertallet i de to kommuner ca. 13 % af regionens samlede antal indbyggere. Begge kommuner oplever således en befolkningstæthed langt under såvel det regionale som det nationale gennemsnit (tabel 1). I Lolland Kommune bor ca. 42 % af befolkning i byer med over 3000 indbyggere.

Tabel 1: Befolkningstal og areal

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Region Sjælland
Indbyggere (pr 1.4.2011)	62.296	45.986	819.071
Areal (km <sup>2</sup> )	903	891	7273
Befolkningstæthed (borgere/ km <sup>2</sup> )	69	52	113

Kilde: Danmarks statistik

Folketallet i Region Sjælland forventes ifølge Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning at stige ganske svagt til ca. 822.000 personer i 2020. Derimod forventes andelen af 60+ årige at stige med ca. 4 % frem mod 2020.

Tabel 2: Befolkningsfremskrivning på kommuner 2010-2020 i forhold til andel af 60+ årige

	2010	2015	2020
Guldborgsund Kommune	29,5	31,9	34,1
Lolland Kommune	31,7	34,2	36,2
Region Sjælland	25,4	27,6	29,6

Kilde: Danmarks Statistik (fra "Oplæg om plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Sjælland", november 2010)

Befolkningens aldersfordeling i de to kommuner afspejler allerede en aldrende befolkning i forhold til den øvrige region. Således udgør de 55+ årige hhv. 45 % og 47 % af indbyggerne i Guldborgsund og Lolland kommune, mens de på regionalt plan udgør 40 %<sup>2</sup>. Tilsvarende er andelen af indbyggere over 65 år højere end det regionale gennemsnit.

De to kommuner har de seneste år oplevet en nettoudvandring på 300-500 personer per kommune per år. Det er særligt de unge der udvandrer i forbindelse med uddannelses tilbud udenfor de to kommuner. Dette har betydning for beskæftigelse og forsørgelse inklusiv fremtidige velfærdsopgaver.

## Erhverv og arbejdsmarked

Erhvervslivet på Lolland og Falster er karakteriseret ved mange underleverandører og mindre virksomheder med lille videnstyngde. Arbejdsstyrken består hovedsageligt af erhvervsfagligt og/eller kortuddannede personer, samt personer med kun grundskoleuddannelse. Såvel kommunale som regionale institutioner har haft udfordringer ved at tiltrække kvalificeret arbejdskraft til området. Siden midten af 1980'erne er adskillige større virksomheder fraflyttet området, og de seneste ti år er en række større offentlige arbejdspladser omstruktureret og sammenlagt med konsekvens for den lokale beskæftigelse til følge<sup>3</sup>.

Med etablering af en Femern Bælt forbindelse frem mod 2020 er der forhåbning om øget regional beskæftigelse og vækst. I anlægsfasen fra 2014-2020 forventes særligt underleverandører til byggeri og service at nyde godt af den øgede aktivitet. Med etablering af den faste forbindelse er der ligeledes forhåbninger om en bedre integration med det nordlige tyskland – herunder nye muligheder for blandt andet erhverv, rekruttering og uddannelse.

I juni 2011 udgjorde antal fuldtidsledige som procent af arbejdsstyrken hhv. 6,4 % i Guldborgsund Kommune og 9,7 % i Lolland Kommune (tabel 3). Både andelen af fuldtidsledige, og tilvæksten i antallet er ledige siden 2010, ligger således højere for de to sydlige kommuner end for regionen som helhed.

Tabel 3: Fuldtidsledige Juni 2011

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Region Sjælland
Antal fuldtidsledige som procent af arbejdsstyrken, juni 2011 (antal)	6,4 % (1823,7)	9,7 % (1903,7)	6,2 % (24398,6)
Antal fuldtidsledige som procent af arbejdsstyrken, juni 2010 (antal)	5,8 % (1645,9)	8,5 % (1663)	6,0 % (23581)

Kilde: Danmarks statistik

<sup>2</sup> Sundhedsprofilen 2010, Region Sjælland, Tabel s. 26

<sup>3</sup> Lex Lolland, Regionalt arbejdsrapport fra februar 2010.

## Sociale forhold

Såvel Lolland som Guldborgsund kommune klassificeres som hørende til kommunesocialgruppe 3 baseret på en høj andel med kort uddannelse, en høj andel udenfor arbejdsmarkedet og en lav gennemsnitlig bruttoindkomst i forhold til de regionale gennemsnit (tabel 4)<sup>4</sup>. Ovenstående parametre vurderes alle at have relevans i forhold til materielle såvel som videnskæssige ressourcer hos den enkelte person, og dermed påvirke hvorvidt borgeren er tilbøjelig til at træffe hensigtsmæssige valg i forbindelse med egen sundhed.

Tabel 4: Data bag klassifikation som kommunesocialgruppe 3

	Lolland Kommune	Guldborgsund Kommune	Region Sjælland
Andelen af borgere over 25 år med grundskole alene <sup>#1</sup>	20 %	18 %	14 %
Andelen af borgere med lang videregående uddannelse <sup>#1</sup>	4 %	6 %	9 %
Andel af befolkning under 65 år uden tilknytning til uddannelse eller erhverv <sup>#1</sup>	33 %	28 %	23 %
Gennemsnitlig bruttoindkomst/borger/år <sup>#2</sup>	222.000 (laveste i regionen)	233.000 (næst laveste i regionen)	259.000

<sup>#1</sup> Baseret på spørgeskemaoplysninger

<sup>#2</sup> Defineret som husstandsindkomst per voksen i husstanden per år. Baseret på registerdata

Kilde: Sundhedsprofil 2010

Ifølge en rapport fra 2010 omhandlende velfærd og trivsel hos børn og unge i Danmark<sup>5</sup> er børn i eneforsørgfamilier hyppigere disfavoriserede ved ikke at være omfattet af forebyggelsestiltag og ved en højere grad af sygdom. De har ligeledes større risiko for at være marginaliserede i forhold til fritidsaktiviteter. Dette tilskrives primært knappe ressourcer. Andelen af enlige forsørgere af børn under 16 år er lavere i Lolland (4,2 %) og Guldborgsund (4,4 %) kommune end i Region Sjælland som helhed (4,7 %). Andelen af borgere med ikke vestlig baggrund er ca. 3 % i begge kommuner, hvilket er lavere end det regionale gennemsnit på 4 %.

International forskning har vist, at fattigdom og sundhed hænger sammen, i form af en såkaldt social gradient<sup>6</sup>. De fattigste er som udgangspunkt mindre sunde end de rigere grupper i et samfund. Børn, der vokser op i fattige familier, har en større risiko for selv at ende i en lignende økonomisk situation som voksen. Ifølge en undersøgelse fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd<sup>7</sup> af fattigdom blandt børn i 2009, er Lolland Kommune den

<sup>4</sup> For nærmere beskrivelse af denne klassifikation; Sundhedsprofil 2010, afsnit 2.3 s.36-38

<sup>5</sup> Børn og unge i Danmark, Velfærd og trivsel 2010. Mai Heide Ottesen et al. Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI) i samarbejde med Bikubefonden.

<sup>6</sup> Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) per 08.08.2011

<sup>7</sup> Fattigdom i Danmark, Børnefattigdommen stiger og er skævt fordelt i Danmark. Af Jonas Schytz Juul, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 28.juni 2011.

kommune med den største andel af fattige<sup>8</sup>. Hele 9,4 % af børnene på Lolland lever i fattige familier. I Guldborgsund Kommune udgør andelen 7,4 %, der på trods af at være mindre end den i Lolland kommune, fortsat placerer kommunen blandt de 10 hårdest ramte i Danmark. På landsplan lever 5,4 % af børn i fattige familier. Stigning i antallet af fattige børn i perioden 2002-2009 er ujævnt fordelt, og såvel Lolland som Guldborgsund kommuner har oplevet en stigning over landsgennemsnittet (Lolland med 3,8 og Guldborgsund 3,2 procentpoint ).

Der foreligger ikke lokale undersøgelser vedrørende de sociale eller sundhedsmæssige forhold blandt fattige børn i Lolland og Guldborgsund kommune.

## Folkesundhed

Middellevetiden<sup>9</sup> er en grov indikator for sundhedstilstanden i en befolkning og påvirkes således af mange forhold - herunder levevilkår, gode sundhedsvaner og et godt sundhedsvæsen. Boligforholdene, som kan påvirke flytningsmønstret mellem kommunerne, kan også have indflydelse på middellevetiden, idet personer med lav indkomst og dårligt helbred sjældent vil bosætte sig i kommuner med dyre boliger.

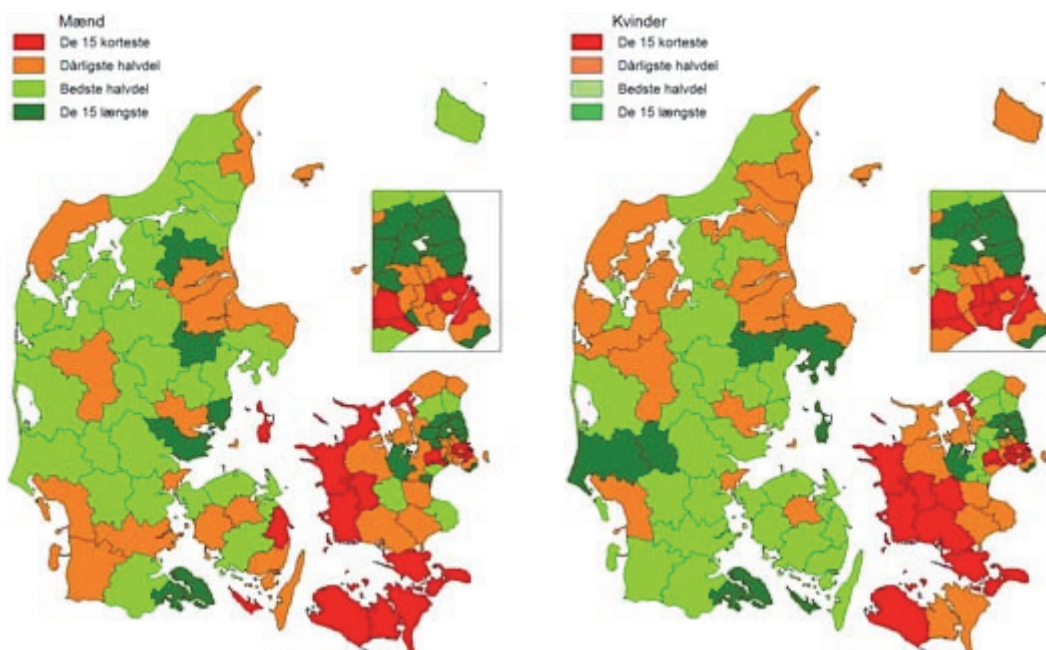
I 2010 hørte middellevetiden i både Lolland og Guldborgsund Kommune blandt de laveste i Danmark (figur 2). Ifølge en analyse fra Statens Institut for Folkesundhed var middellevetiden for mænd beregnet til hhv. 72,4 og 73,6 år i Lolland og Guldborgsund Kommuner. Kvinderne forventes derimod at opnå en middellevetid på 77,9 år i Lolland kommune og 79,2 år i Guldborgsund. Med disse tal indtog Lolland en kedelig sidsteplads blandt landets 98 kommuner for kommunens befolkning som helhed (bilag 2). For mænd og kvinder som adskilte grupper var middellevetiden næst lavest i Danmark. For Guldborgsund kommune som samlet befolkning, var der tale om en placering som nummer 91 ud af 98 kommuner. Middellevetiden for kvinder i Guldborgsund kommune lå dog som nummer 77 ud af 98 kommuner. På landsplan var middellevetiden ifølge Danmarks statistik 77,1 år for mænd og 81,2 år for kvinder i 2009/2010.

---

<sup>8</sup> I analysen er gruppen af fattige afgrænset ved OECD's fattigdomsgrænse, hvor personer med en indkomst under 50 pct. af medianindkomsten betegnes som fattige. For en familie bestående af en enlig person er fattigdomsgrænsen på 101.128 kr. efter skat om år et, eller 8.427 kr. om måneden. Det er opgjort efter skat, og skal dække alle udgifter til f.eks. bolig, mad, forsikringer, tøj, medicin, transport mv.

<sup>9</sup> En middellevetid eller en forventet levetid på f.eks. 78 år skal tolkes således at en nyfødt kan forvente at blive 78 år.

Figur 2: Middellevetid fordelt på kommuner 2010



Kilde: [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20total%20for%20for%20folkesundhed/Ugens%20total/03\\_2010.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20total%20for%20for%20folkesundhed/Ugens%20total/03_2010.aspx) per 10.8.2011

Et epidemiologisk registerstudie vedrørende mortalitet og dødsårsager i Lolland kommune i perioden 1997-2001, viste en overdødelighed blandt både mænd og kvinder i alderen 0-74 år. Overdødeligheden svarer til hhv. 32 % og 37 % flere potentielt tabte leveår per 1000 kvinder/mænd i Lolland kommune på årsbasis end sammenlignet med kvinder/mænd i Danmark som helhed der dør før det 70.år. De potentielt tabte leveår skyldes hovedsagligt kræft, hjerte/kar, lever/nyre-sygdom og færdselsulykker. Sammenlignet med tilsvarende køn og aldersgrupper i hele Danmark ses en standardiseret mortalitetsrate 2-4 gange højere i Lolland Kommune for mange af de yngre aldersgrupper. For eksempel forårsager færdselsuheld hhv. 27 % og 40 % flere dødsfald per 10.000 personår blandt kvinder og mænd i Lolland Kommune end sammenlignet med Danmark som helhed. Også lever/nyre sygdom tegner sig for flere dødsfald end forventet ud fra befolkningens alders og kønssammensætning<sup>10</sup>. Der foreligger ikke en lignende opgørelse for Guldborgsund Kommune.

## Sundhedsadfærd

Kendskab til sundhedsadfærd bruges til at forudse borgernes behov for sociale og sundhedsrelaterede ydelser i fremtiden. Med Sundhedsprofilen 2010 blev borgernes adfærd i relation til rygning, alkohol og euforiserende stoffer, fysisk aktivitet, madvaner, vægt og seksualvaner kortlagt.

Sammenfattende viser undersøgelsen, at sammenlignet med regionale gennemsnit, er:

<sup>10</sup> "Dødelighed og årsag til død i Lolland Kommune i perioden 1997-2001 – et registerstudie", Masterafhandling af Benny Gerberg Sell.

- Andelen af borgere der ryger signifikant højere i Lolland kommune, og det samme er andelen af ikke-rygere, der dagligt udsættes for røg.
- Andelen af borgere i hjem med børn under 16 år, hvor der ryges indendørs flere gange om ugen, er signifikant højere i Lolland kommune, mens den er signifikant lavere i Guldborgsund kommune.
- Forekomsten af selvrapporтерet risikabel alkoholadfærd er på niveau med det regionale gennemsnit<sup>11</sup>.
- Andelen af borgere med fysisk aktivitet som led i deres arbejde er signifikant højere for begge kommuner, men ligeledes er andelen med stillesiddende fritid.
- Andelen af borgere med usunde kostvaner signifikant højere i Lolland kommune, mens begge kommuner har en høj andel af borgere som jævnlgt drikker sodavand.
- Ligeledes er andelen af borgere med svær overvægt signifikant højere i begge kommuner.

Et mere detaljeret resume af Sundhedsprofil 2010 for Lolland og Guldborgsund kommuner findes i bilag 3.

## Udfordringer hos de enkelte aktører i det lokale sundhedsvæsen

- Almen praksis, speciallægepraksis, psykiatri og sygehus oplever alle rekrutteringsproblemer.
- I Almen praksis findes der mange 60+ årige læger, mange sololæger, stor nettoafgang i perioden 2007-2010, samt mange ledige ydernumre. Der forventes et stort gab indenfor få år mellem det fremskrevne antal læger og det afledte lægebehov. Dette gør området særligt sårbart i forhold til at sikre adgang til primære sundhedsydelser.
- De praktiserende speciallæger og psykologer er koncentreret omkring Nykøbing Falster, og der er aktuelt et ledigt ydernummer indenfor dermatologi.
- Nykøbing Falster sygehus mangler særligt fastansatte speciallæger, hvorfor driften i vid udstrækning baseres på korterevarende ansættelser, herunder brugen af vikarer. Brugen af vikarer kostede i 2010 ca. 20 millioner kroner, mens omkostningerne hertil i 2011 forventes mere end halveret.
- Psykiatrien oplever regionalt en mangel på psykiatere og specialiserede psykologer – men rekrutteringsproblemerne er særligt store i distrikt maribo resulterende i bl.a. opgaveglidning mellem faggrupperne.

<sup>11</sup> Det er kendt fra andre undersøgelser, at borgere generelt underdriver deres alkoholforbrug i sådanne undersøgelser, hvorfor tallet bør læses som et minimumsforbrug. Der er dog ingen grund til at tro at borgerne i Lolland og Guldborgsund kommune skulle have en tendens til underdrivelse som adskiller sig fra den øvrige region.

Sundhedsvæsenet på Lolland og Falster med omkringliggende øer svarer til opbygningen andre steder i Region Sjælland med en kombination af regionale og kommunale tilbud.

## Almen praksis

### Human Resources i Almen Praksis

Ved udgangen af 2010 var der i regionen knap 500 alment praktiserende læger beskæftiget på fuld tid. Den regionale gennemsnitsalder var da på 54 år, mens ca. en tredjedel af de alment praktiserende læger var over 60 år. Regionalt findes der dog stor variation i aldersfordelingen i forhold til geografi, hvilket har betydning for lægedækningen på sigt.

Derudover har en regional opgørelse vist en tydelig sammenhæng mellem et aktuelt højt antal ledige ydernumre og kompleksiteten af patientgruppen målt ud fra et socialt index<sup>12</sup>. Manglen på praktiserende læger er altså allerede på nuværende tidspunkt skævt fordelt i regionen, så de hårdest belastede områder oplever den største mangel.

Tabel 5: Oversigt over Almen Praksis per 1.april 2011

	Guldborgsund Kommune*	Lolland Kommune*	Region Sjælland#
Antal læger i Almen Praksis, fuld tid	37 (og 2 på deltid)	27 (og 1 på deltid)	492
Andel læger over 60 år	34 %	50 %	32 %
Antal lægepraksis	24	21	
Gennemsnitsalder, læger	55	59 år	54 år
Antal ledige ydernumre	2	6 (siden steget til 7)	

#Ultimo 2010

\* Per 1.april 2011

Per 1.april 2011 er Almen praksis i Lolland Kommune karakteriseret ved en høj gennemsnitsalder blandt de praktiserende læger (aldersspredning på 44-67 år), mange solopraksis, og et højt antal ledige ydernumre. Lægedækningen omfatter yderligere to ø-læger ansat i såkaldte paragraf 2 ansættelser (se nedenfor). Ø-lægerne er hhv. 60 og 64 år.

I Guldborgsund Kommune har der siden 2007 været en stor udskiftning af læger i kommunen og gennemsnitsalderen af de faste læger er nu på niveau med regionen som helhed (aldersspredning 36-64 år). To af lægerne i Nykøbing Falster og én i Nørre Alslev har varslet at lukke praksis i løbet af 2011. Der var per 1.april 2011 to ledige ydernumre i kommunen.

På trods af ledige ydernumre er alle borgere i de to kommuner tilknyttet en almen praktiserende læge. Det betyder dog at der er relativt mange patienter tilknyttet den enkelte læge.

<sup>12</sup> Projektet ”Mangel på praktiserende læger i Region Sjælland rammer de socio-økonomisk udsatte kommuner hårdest” af Mads Toft Kristensen, fremlagt på Forskningens Dag 2011.



Tabel 6: Fremskrivning af antallet af læger i de enkelte kommuner

<b>Lolland Kommune</b>						
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
59 år eller yngre	14	11	10	9	8	7
60 - 64 år	7	8	8	8	4	4
65 år eller ældre	6	6	6	5	5	4
<b>I alt</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>15</b>
Behov (1.650 p/l)	28	28	28	27	27	27
Behov (1.600 p/l)	29	29	29	29	28	28
<b>Guldborgsund Kommune</b>						
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
59 år eller yngre	26	23	20	20	18	16
60 - 64 år	11	12	8	7	7	7
65 år eller ældre	0	1	6	5	5	5
<b>I alt</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>28</b>
Behov (1.650 p/l)	38	37	37	37	37	37
Behov (1.600 p/l)	39	39	39	39	39	39

Kilde: Oplæg om plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Sjælland, udarbejdet af Arbejdsgruppen om rekruttering og fastholdelse, november 2010.

Fremskrives antallet af læger på kommuneplan, sammenholdt med behovet for praktiserende læger, ser projektionerne for de to kommuner ud som i tabel 6<sup>13</sup>.

Såvel Lolland som Guldborgsund Kommuner anses for at være særligt sårbare områder<sup>14</sup> i forhold til fremtidig lægedækning baseret på følgende kriterier for sårbarhed (bilag 4);

1. Relativt mange læger på 60 år eller mere (okt. 2010)
2. Relativt mange sololæger (okt. 2010)
3. Relativ stor nettoafgang af læger 2007 – 2010
4. Relativt mange ledige ydernumre
5. Relativt stort ”gab” i 2015 mellem det fremskrevne antal læger og det afledte lægebehov.

<sup>13</sup> Fremskrivningen er foretaget per 4.10.2010 og er baseret på antallet af fuldtidslæger på 70 år eller derunder, den aldersbetingede ophørsfrekvens, og det afledte lægedækningsbehov ud fra en befolkningsfremskrivning under forudsætning af at lægerne har hhv. 1.650 og 1.600 tilmeldte patienter. Det antages, at læge/patient forholdet er uændret i perioden, og der er således ikke taget højde for evt. øget kapacitetsbehov som følge af et øget antal ældre. Der er ikke indregnet en fremskrivning af tilgangen af læger på kommuneniveau, fordi den dertil knyttede usikkerhed vil være for stor. Det ”gab” der for hver kommune kan konstateres mellem det fremskrevne antal læger og det afledte lægebehov er derfor ikke i sig et udtryk for lægemangel.

<sup>14</sup> Baseret på de opstillede kriterier omfatter de særligt sårbare områder i Region Sjælland; Lolland og Guldborgsund kommuner, Odsherred, Kalundborg og Stege/Møn. For yderligere se venligst bilag 4.

## Kvalitet i Almen Praksis

Der foreligger ingen lokale opgørelser over kvaliteten af sundhedsydelser leveret i praksis.

## Praktiserende speciallæger, psykologer mv.

Der er i de to kommuner tilsammen 19 privat praktiserende speciallæger – heraf 11 med adresse i Nykøbing Falster. Derudover er der 13 psykologer med praksis i de to kommuner. Der har siden september 2010 været et ledigt ydernummer til specialpraktiserende hudlæge i Lolland kommune (Maribo). Stillingsopslag i efteråret 2010 var uden ansøgere. Det overvejes at aktuelt at slå ydernummeret op igen.

## Det præhospital område

Regionens indsats på det præhospital område er baseret på forløbstanke fra hjem til sygehus via ambulance og anden præhospital indsats. Forløbstanke understøttes af en central visitation indført i 2010 (AMK vagtcentral), samt implementering af en elektronisk præhospital journal, hvor de præhospital enheders observationer kommunikeres direkte med akuttavlen på relevante hospitals akutafdeling via telemedicin.

## Organisation

Lolland og Guldborgsund kommuner udgør sammen med Vordingborg og Møn ét af regionens seks beredskabsområder, for hvilke der er opstillet individuelle servicemål og mål for udrykningstider.

Beredskabet i området består aktuelt af to ambulancer stationeret på Nykøbing F sygehus, samt akut-biler bemandede med paramedicinere i hhv. Nakskov, Maribo og Stege. Ambulanceudrykninger sker efter kategori A-D, der henviser til akut livstruende, hastende, planlagte osv.

Regionen indgår i en forsøgsordning med Region Hovedstaden om en delt redningshelikopter stationeret i Ringsted. Denne kan flyve i de lyse timer og er bemandede med en pilot, en paramediciner og en anæstesilæge. Forsøget finansieres via midler fra TrygFonden.

## Kvalitet af den præhospital indsats

Med ovenstående beredskab opfyldes de fastsatte servicemål de fleste måneder. For perioden februar til juli 2011 var andelen af udrykninger i kategori A med responstid på hhv. 5,10,15 og 20 minutter endda 1-6 % bedre end de fastsatte mål. Den gennemsnitlige respons i denne kategori var 9.06 minutter for perioden.

Fra Regionens side har man indtryk af, at der er et større forbrug af ambulance- og andre præhospital ydelser på Lolland og Falster end i resten af regionen. Eksempelvis er antallet

af kategori A udrykninger 15-20% større i dette beredskabsområde, sammenlignet med de andre beredskabsområder (fraset området omkring Holbæk). Dette kan skyldes sygdomsmønstre med akut behov for lægehjælp – alternativt skyldes det anden sundhedsadfærd.

## Nykøbing Falster sygehus

Per 1.maj 2011 lukkede Naskov sygehus, og området huser nu udelukkende Nykøbing Falster sygehus (NFS). Det er politisk besluttet at der fremover satses på NFS som ét af regionens fire akutsygehuse med deraf følgende investeringer i fysiske rammer og behandlingskapacitet frem mod 2020.

### Organisation

NFS hører under Sygehus Syd i Region Sjælland. Sygehuset består af et bredt spektrum af medicinske og kirurgiske afdelinger, herunder en akutafdeling og skadestue, samt afdelinger for anæstesi, børn, og gynækologi. For en komplet liste se nedenstående (tabel 7).

Tabel 7: Oversigt over afdelinger på Nykøbing Falster sygehus

Akutafdeling	Kirurgi	Reumatologi	Drifts-og service afdeling
Anæstesiologi	Ortopædkirurgi	Øjenklinik	Medikoteknik
Pædiatri	Øre-Næse-Hals kirurgi	Arbejdsmedicinsk klinik	Klinisk biokemisk
Geriatrici	Medicinsk*	Røntgen	Klinisk immunologisk
Gynækologi/obstetrik	Neurologi	Fysio-og ergoterapi	Skadestue

\*Nefrologisk afsnit drives af Nefrologisk afdeling på Roskilde Sygehus.

Kilde: <http://www.regionsjaelland.dk/NYKOEINGFSYGEHUS/AFDELINGER/Sider/default.aspx> (pr 12.05.2011)

Ved behov for behandling indenfor et speciale, som ikke er lokaliseret på NFS, anvendes tilbud på regionens øvrige sygehuse (f.eks. cancerbehandling via onkologisk afdeling på Næstved sygehus), og på sygehuse udenfor regionen.

### Optageområde

Aktuelt dækker sygehuset et område svarende til Lolland og Guldborgsund kommune, samt den sydlige del af Vordingborg Kommune inkl. Møn. Med sygehusplan 2010 nedlægges akutfunktionen på Næstved Sygehus, hvorefter NFS vil dække akutfunktionen i hele Vordingborg Kommune og dermed få et øget optageområde.

### Human ressourcer på Nykøbing Falster Sygehus

Hospitalets ledelse har gennem flere år oplevet udfordringer omkring rekruttering af sundhedspersonale, herunder særligt læger. Blandt lægerne er det især speciallæger som er vanskelige at rekruttere og fastholde.

Med den aktuelle økonomiske krise er rekrutteringsudfordringerne aftaget noget, men problemet italesættes fortsat som en af de største udfordringer for driften af sygehuset. Sær-

ligt sættes manglen på fastansatte læger i relation til evnen til at leve op til økonomiske rammer, til kvaliteten af de leverede ydelser, samt til arbejdsmiljø inkl. varetagelse af uddannelsesopgaver.

Per 1.6.2011 bestod lægenormeringen på Nykøbing Falster sygehus af ca. 100,5 senior læger (speciallæger) og 60,80 yngre læger. Per samme dato var der ca. 25 vakante overlægestillinger, hvilket er søgt imødekommet ved ansættelse af et ekstra antal afdelingslæger. Samlet set manglede sygehuset således kun 15,34 senior læger og 2,80 yngre læger per 1.juni 2011 (bilag 5).

Andelen af senior læger over 60 år udgjorde per juni 2011 21,5 %. Dette har betydning for bemanning med speciallæger i vagttiden, idet gældende overenskomst kun gør det muligt at få pålagt tilstedeværelsesvagt frem til det 60. år og vagt uden for tjenestested frem til det 62. år. Læger over hhv. 60 og 62 kan således fritages for at indgå som bemanning i vagttiden. Aldersgrænserne hæves med et år fra januar 2013 og igen med et år fra januar 2015<sup>15</sup>.

Sygehusledelsen ser behov for en multifacetteret indsats i forhold til rekruttering af læger fremover. Der lægges vægt på at skabe nogle gode og interessante rammer frem for at tiltrække via højere lønninger. Rammerne kan gøres mere attraktive ved tilbud om gode lejeboliger, etablering af et spændende forskningsmiljø der går på tværs af faggrupper, indførelse af lægeassistenter så tid kan frigøres til egentligt lægefagligt arbejde, fortsat investering i de fysiske rammer så akutsygehuset og et styrket samarbejde med kommuner og praksissektor.

## Brug af eksterne vikarer

Som rekrutteringssituationen ser ud nu sikres driften af sygehusets afdelinger i vidt omfang ved brug af vikarer. I 2010 var udgiften til lægevikarer på NFS ca. 20 millioner kroner med følgende afdelinger som største aftagere; medicinsk, kirurgisk, akutafdelingen, ortopædkirurgisk og radiologisk afdeling. Dette beløb udgjorde 52,9 % af de samlede udgifter til eksterne lægevikarer benyttet af Sygehus Syd i 2010. I starten af august 2011 var der for NFS for 2011 til da indgået aftaler med lægevikarer for et beløb svarende til 6,54 millioner kroner med medicinsk og radiologisk afdeling som de største aftagere. For medicinsk afdeling er der tale om en halvering af udgiften i forhold til 2010, mens der for radiologisk afdeling er tale om et beløb svarende til 2010 (bilag 6). For 2011 er udgifterne til eksterne lægevikarer i Sygehus Syd estimeret per ca. 14 millioner kroner per 04.08.2011. Heraf forventes udgifterne til vikarer på NFS at udgøre ca. 46 %.

---

<sup>15</sup> Jf. Overenskomsten per 1.april 2011. Kapitel 7.3

Blandt sygeplejegruppen anvendes langt færre vikarer. For perioden 1.1-25.7.2011 er ca. 1040 vagter a en gennemsnitslængde på 7,5 timer dækket via eksterne sygeplejevikarer (sygeplejersker og social-og sundhedsassistenter). Dette svarer til ca. 1114 timer per måned, eller svarende til syv fuldtidsstillinger. Omkostningerne til vikardækningen på sygeplejeområdet har per 1.august kostet 2.458.195 kroner i 2011.

## Kvalitet på sygehuset

Kvalitet kan belyses via en række indikatorer. Anvendeligheden heraf beror dog i vid udstrækning på konsekvensen og akkuratheden hvormed de registreres. På sygehuse anvendes bl.a. indikatorer hørende under det Nationale Indikator Projekt (NIP), kvartalsvise opgørelser over Hospitals Standardiserede Mortalitäts Rater (HSMR) og de nyligt indførte Diagnoserelaterede Standardiserede Mortalitäts Rater (DSMR). Dette suppleres med årlige undersøgelser af patienternes tilfredshed.

## Nationale Indikator Projekt

Det nationale indikatorprojekt (NIP) blev etableret i 1999 med henblik på at belyse den sundhedsfaglige kvalitet af kerneydelser i sundhedssystemet. Indikatorer og kvalitetsstandarder for hver indikator, er udformet af tværfaglige ekspertgrupper indenfor hvert af de otte områder som aktuelt er omfattet af NIP. De er designet til anvendelse for løbende kvalitetsudvikling internt på de enkelte sygehuse, samt til brug eksternt i dialog med beslutningstagere og befolkningen<sup>16</sup>.

For Nykøbing Falster sygehus findes der NIP data for fem af de otte områder (bilag 7):

- For behandling af **hjertesvigt** opfyldes de anbefalede standarder fraset anbefalingen vedrørende fysisk træning, der ikke opfyldes noget sted i regionen. I perioden juni 2009-juni 2010 ses en forbedring i andelen af patienter, der får foretaget en ultralydsundersøgelse af hjertet og opstartet fysisk træning, mens udviklingen i opfyldelse af standarder vedr. funktionsevne, medicinsk behandling, patientundervisning og genindlæggelser går i den forkerte retning sammenlignet med den forgangne periode.
- For patienter med **blødende mavesår** opfyldes de fleste af de anbefalede standarder, i fald den store statistiske usikkerhed forbundet med det lave antal patienter i denne gruppe, tages i betragtning. Standarden vedr. akut gastroskopi foreskriver at mindst 95 % af patienter med lavt blodtryk og høj puls bør have foretaget kikkertundersøgelse af mavesæk og tolvfingertarm inden for 3 timer efter indlæggelse/symptombegyndelse. På Nykøbing Falster sygehus har man, ligesom andre steder i regionen, valgt en behandlingsstrategi hvor patienter kredsløbsstabiliseres inden gastroskopi,

---

<sup>16</sup> For mere information, se venligst [www.nip.dk](http://www.nip.dk)

hvorfor denne standard ikke opfyldes. Generelt ses en positiv udvikling i forhold til tidligere periode, for samtlige standarder.

- Patienter med **apopleksi** behandles via akutafdelingen eller apopleksiafsnittet, hvorfor NIP data angives for de to afdelinger individuelt. Akutafdelingen lever generelt op til det regionale niveau for de fastsatte standarder fraset dem vedr. radiografiske undersøgelser (udførelse af CT/MR scanning på indlæggelsesdagen og undersøgelse af halspulsårer), samt ergoterapeutisk vurdering. For apopleksiafsnittets behandling gælder at de kun lever op til 3 af de 10 standarder, og at de ligger under det regionale niveau på syv områder – herunder andelen af patienter som modtager den samlede behandlingspakke.
- For **hoftenære frakturer** er indikatorer og standarder nyligt revideret, hvorfor en historisk sammenligning kun er meningsfuld for enkelte indikatorer. En endnu ikke offentliggjort opgørelse af de nyeste tal fra 2010 viser, at Nykøbing Falster sygehus ikke lever op til 6 ud af 12 af de anbefalede standarder. Dog er niveauet sammenligneligt med eller bedre end for regionen som helhed for alle disse (fraset andelen som tilbydes rehabilitering). For standarderne vedr. smerter, basismobilitet og rehabilitering ses en negativ udvikling i sammenligning med tidligere perioder. Overlevelsen efter 30 dage og andelen af patienter der kræver re-operation indenfor 2 år efter hoftefraktur ses derimod at leve fuldt op til de fastsatte standarder.
- For behandling af **kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)** er der fastsat standarder for 6 af de 9 indikatorer. Fraset standarden vedr. rygestop, lever hverken Nykøbing Falster sygehus eller regionen som helhed op til de fastsatte standarder. Region Sjælland vurderer ikke, at regionens resultater for behandling af patienter med KOL kan fortolkes meningsfuldt, da de er baseret på mangelfulde data. Regionen har iværksat et større udredningsarbejde både i Sygehus Syd og Nord mhp. at finde ud af, hvor der sker fejl i forbindelse med indberetning af data. Region Sjælland ser frem til, at der næste år vil kunne offentliggøres retvisende resultater.

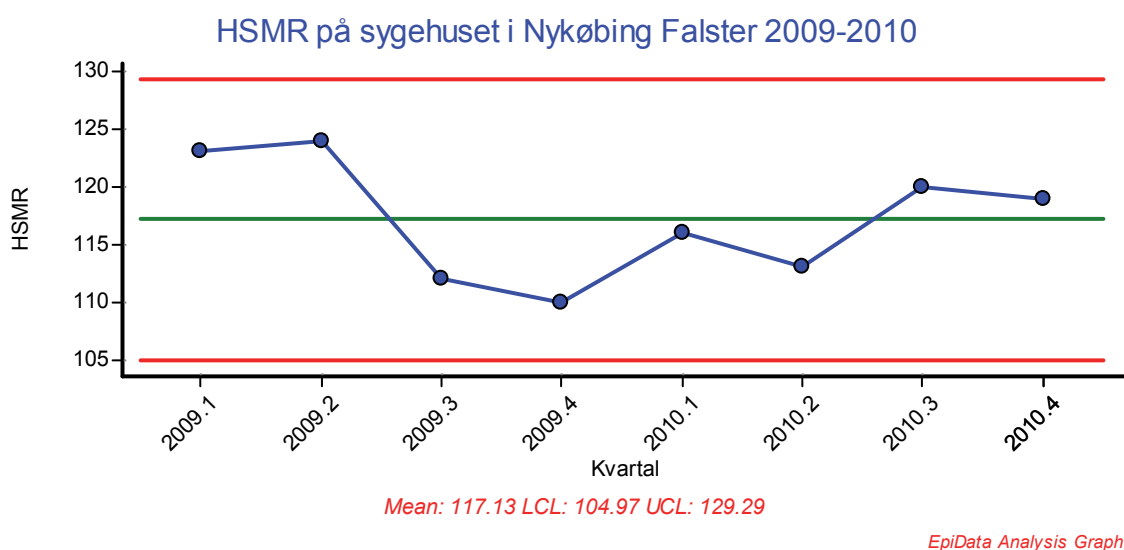
## HSMR/DSMR

Patienters død under eller i perioden umiddelbart efter indlæggelse anvendes internationalt som et mål for kvaliteten i sygehusvæsenets samlede behandlingsindsats. I Danmark har man opgjort raterne for de enkelte hospitaler siden 2008.

HSMR på Nykøbing Falster sygehus har siden 2008 ligget stabilt på et niveau, der ligger væsentligt højere end landsgennemsnittet (jf. nedenstående kontrolkort). Som det fremstår af nedenstående figur, har niveauet aldrig nærmet sig 100 og har dermed ligget stabilt over landsgennemsnittet. Dog er det i den forbindelse vigtigt at holde sig for øje, at HSMR ikke er

velegnet til sammenligning mellem sygehuse, idet faktorer ud over behandlingskvaliteten, som påvirker HSMR, adskiller sig alt for meget fra sygehus til sygehus.

Figur 3:



Ved anvendelse af kontrolkort<sup>17</sup> er det muligt at understøtte en beslutning om hvornår HSMR værdier er ændret så meget, at der bør ske en yderligere undersøgelse af kvaliteten på det pågældende sygehus. Aktuelt ligger den øverste kurve i kontrolkortet for Nykøbing Falster sygehus over den øvre kontrolgrænse, og er således ikke anvendeligt i forhold til at vurdere en evt. stigende eller faldende tendens i HSMR tallene. Det ventes at kontrolkort per ultimo 2011 vil tage udgangspunkt i sygehusets eget gennemsnit i stedet for landsgennemsnittet, hvilket utvivlsomt vil gøre diagrammerne mere anvendelige.

## Patient tilfredshed

Patienternes tilfredshed med modtagne sundhedsydelser undersøges ved den årlige Landsundersøgelse for Patienttilfredshed (LUP). Af LUP 2010 fremgår det at 92,7 % af patienterne indlagt på Nykøbing Falster sygehus overordnet set havde et virkelig godt eller godt indtryk af indlæggelsen. Dette niveau er stabilt fra året før og svarer til såvel det regionale som landsgennemsnittet i undersøgelsen. For patienter behandlet i ambulante regi, er tilfredsheden mindre. Patienternes tilfredshed med de enkelte elementer i behandlingsforløbet fremgår af nedenstående tabel for hhv. indlagte og ambulante forløb.

<sup>17</sup> For nærmere beskrivelse se notat fra Klinisk Epidemiologisk afdeling i Århus: HSMR\_ny model 4



Tabel 8: Uddrag af Landsundersøgelse for Patienttilfredshed 2010, Nykøbing Falster Sygehus

<b>Tilfredshed blandt patienter; Indlagte</b>
<p>Generelt er patienters oplevelse af indlæggelse positiv svarende til landsgennemsnit. Særligt føler patienterne i stigende grad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at personalet er lydhør overfor patientens behov</li> <li>- at personalet er tilgængeligt for spørgsmål vedr. behandling</li> <li>- at den mundtlige information er god</li> <li>- at personalet er godt inde i patientens forløb ved planlagte samtaler</li> </ul> <p>Patienterne er trygge ved at blive udskrevet fra indlæggelse.</p>
<p>Andelen af tilfredse patienter er lavere end landsgennemsnittet mht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientering af egen læge er lavere end landsgennemsnittet (spgs 18)</li> <li>- modtager af skriftlig information under indlæggelsen</li> </ul>
<b>Tilfredshed blandt patienter; Ambulante</b>
<p>Patienternes oplevelse af den ambulante behandling er positiv svarende til landsgennemsnit ifht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbejdet med egen læge og hjemmepleje</li> <li>- Modtagelsen i ambulatoriet</li> <li>- Andelen af patienter der oplever fejl</li> <li>- Patienternes kendskab til livsstilens indflydelse på sundhedstilstand</li> </ul> <p>Tilfredsheden ligger over landsgennemsnittet ifht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tildeling af kontaktperson med særlig ansvar (spgs5.1)</li> <li>- om der opleves ventetid, der forlænger besøget unødigt</li> </ul>
<p>Patienternes oplevelse er mindre positiv end landsgennemsnittet ifht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalets viden om sygdomsforløb ved planlagte samtaler (spgs. 6)</li> <li>- Andelen af patienter, der føler sig passende inddraget ifht. beslutninger vedr. behandlingen (90%) (spgs. 7)</li> <li>- Andelen af patienter som oplever relevant involvering af pårørende (spgs. 8)</li> <li>- Personalets håndtering af fejl (Kun 56% vurderer at personalet er god til at håndtere fejl vs. 67% på regionalt plan (spgs. 11)</li> <li>- Vurderingen af hvorvidt ambulatorierne samarbejder godt med andre ambulatorier og afdelinger (spgs.13)</li> <li>- Andelen af patienter som er tilfredse med den skriftlige og mundtlige information (spgs.15-16) (adgangen til skriftlig information er på niveau med landsgennemsnittet)</li> <li>- Patienternes tryghed ifht. at tage hjem (spgs. 17)</li> <li>- Andelen som er tilfredse med tilrettelæggelsen af det samlede patientforløb (spgs. 21)</li> </ul>

## Psykiatrien i Region Sjælland

### Organisation

Psykiatrien i Region Sjælland udgør én samlet virksomhed, der aktuelt er inddelt i seks distrikter. Distrikt Maribo dækker Lolland og Guldborgsund kommuner. Tilbud indenfor Børne- og ungdomspsykiatrien er placeret i Næstved (og spiseforstyrrelser på regionalt center i Holbæk).

Distrikt Maribo disponerer over og driver 36 sengepladser i voksenpsykiatrisk regi med hhv. 30 senge i Vordingborg og 6 senge i Sakskøbing (lokaliseret på Saxenhøj). Psykiatrisk skadestue i Vordingborg hører under Distrikt Maribo, men dækker ligeledes borgerne i Distrikt Næstved.

Aktuelt arbejdes der mod at flytte sengepladser fra Saxenhøj til Vordingborg og per 1.oktober 2011 sammenlægges Distrikt Maribo med Distrikt Næstved under én fælles

ledelse. Der vil dog fortsat være ambulante aktiviteter med udgangspunkt i Maribo og Nykøbing Falster.

De ambulante tilbud i Distrikt Maribo består af Psykiatrisk klinik i Maribo (primært ikke psykotiske lidelser), Distriktspsykiatrien i Maribo og Nykøbing Falster, samt Psykoseteam Guldborgsund (samarbejde med Guldborgsund kommune).

Der foreligger ingen opgørelser som konkretiserer evt. særlige problemstillinger eller psykiatrisk epidemiologi i de to kommuner i forhold til resten af regionen.

## Human resources i Psykiatrien

På regionalt plan er der mangel på speciallæger i psykiatri og Distrikt Maribo oplever en særlig udfordring i forhold til rekruttering af speciallæger i psykiatri og specialiserede psykologer. Ifølge ledelsen i psykiatrien skulle distrikt Maribo optimalt set have fem fuldtidsansatte speciallæger og to-tre psykologer. De seneste år har distriktet oplevet en bedring i rekrutteringsmulighederne for sygeplejersker og nyuddannede psykologer. Der er ingen rekrutteringsvanskeligheder i forhold til social- og sundheds-assistenten eller lægesekretærer.

Manglen på speciallæger har resulteret i opgaveglidning, hvorved en række ydelser leveres af plejepersonalet. En anden udfordring i psykiatrien, er den relative overdødelighed af somatiske lidelser blandt psykiatriske patienter. Der foreligger ikke data herfor på kommuneniveau. De regionale sundhedschefer indenfor psykiatrien er aktuelt ved at udforme et initiativ herom i regi af Danske Regioner.

## Lolland og Guldborgsund Kommune

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme overdraget til de nydannede kommuner. Såvel Lolland som Guldborgsund Kommune forestår en række generelle og målrettede sundhedstilbud til lokale borgere. Sundhedsområdet er organiseret forskelligt i de to kommuner.

### Kronisk syge

Ifølge Danmarks statistik har Lolland Kommune det højeste antal diabetikere (65 per 1000 indbyggere), mens Guldborgsund har tredje flest i regionen (57,3 per 1000). Det regionale gennemsnit er 48,8 per 1000 indbyggere. På trods af den høje forekomst af diabetes er den procentvise andel af borgere i de to kommuner med kontakt til sygehusvæsenet grundet diabetes på niveau med regionen som helhed dvs. ca. 1,1-1,2 %<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Danmarks statistik, per 01.08.2011

## Sundhedsdata som styringsværktøj

Generelt oplever kommunerne udfordringer omkring indsamling og anvendelse af sundhedsdata til brug for økonomisk styring og sundhedspolitisk prioritering. De manglende data tilskrives et begrænset erfaringsgrundlag siden kommunalreformen. Perioden har ifølge kommunerne selv været præget af mangelfulde registreringer og en kommunale indsats under etablering. En bedre brug af data, så argumenter for sundhedsinvesteringer og effekt af interventioner kan understøttes kvantitativt, formodes ligeledes at kunne fremme koordinering af aktiviteter med indflydelse på sundhed i de forskellige forvaltningsområder indenfor kommunen.

## Ældreområdet

Ældreområdet fylder meget i kommunerne. Med udsigt til kortere gennemsnitlige indlæggelsestider i fremtiden skal ældreplejen være rustet til at kunne håndtere patienter med et lavere funktionsniveau end hidtil. Dette kræver et bedre samarbejde mellem sygehus, praksis og kommuner med henblik på at styrke overgange – både i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Kommunikation på tværs aktører besværliggøres af de nuværende parallelle IT systemer, hvorfor en bedre integration heraf er ønskværdig.

## Aktivitet og økonomi i sundhedsvæsenet

- Udgifterne til behandling i primærsektoren er steget siden 2007, mens antallet af behandlede borgere er stort set uændret. For Lolland og Guldborgsund Kommune er stigningen i såvel det samlede bruttohonorar som i udgiften/patient dog steget mindre end det regionale gennemsnit.
- Almen Praksis har siden 2007 oplevet et fald i såvel antallet af ydelser som antallet af borgere behandlet i praksis. Stigningen i bruttohonorar er steget betydeligt mindre i Guldborgsund end på regionalt plan og for Lolland kommune er der ligefrem tale om et fald i udgifterne. Samlet set giver udviklingen indtryk af et relativt underforbrug af ydelser leveret via Almen Praksis for borgerne i de to kommuner.
- Antallet af borgere der anvender vagtlæge og antallet af ydelser leveret via dette system er derimod steget markant for hele regionen siden 2007. Borgerne i de to kommuner bruger en relativ større andel af det samlede bruttohonorar til primærsektoren til vagtlægebehandling end den øvrige region.
- Borgerne i Guldborgsund kommune har et relativt højt forbrug af ambulante ydelser, mens befolkningen i Lolland kommune anvender ambulante behandling på sygehus i mindre grad end regionale gennemsnit.
- Borgere fra begge kommuner oplever færre indlæggelser per 1000 borgere end regionalt, men indlæggelsesvarigheden er længere.
- Andelen af akutte indlæggelser er højere for såvel Guldborgsund som Lolland kommune, end regionalt.

- Der foreligger ikke data til belysning af lokal aktivitet og økonomi for psykiatrisk behandling af borgerne i de to kommuner, sammenlignet med regionale tal.
- Kommunerne oplever stigende driftsomkostninger på sundhedsområdet og med øgningen i medfinansieringen ved akutte indlæggelser forventes disse at stige yderligere i 2012.
- Begge kommuner oplever et omkostningsniveau per borger til hjemmesygepleje, genoptræning og sundhedspleje, der er højere end det regionale gennemsnit.

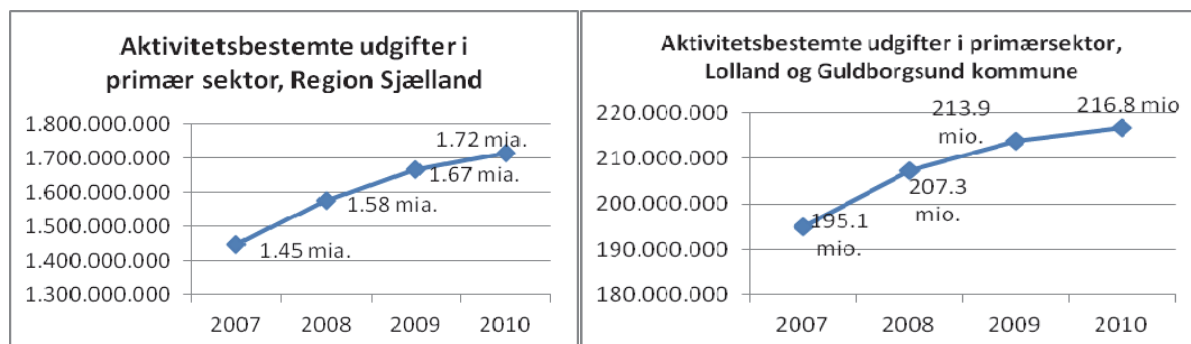
Med strukturreformen i 2007 fik kommunerne ansvar for medfinansiering af aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen i form af et grundbidrag, kombineret med et aktivitetsbestemt bidrag. Det sidstnævnte bestemmes ud fra antallet af indlæggelser, konsultationer i primær og sekundærsektor, samt andre sygesikringsydelser blandt kommunens borgere. Formålet med denne finansieringsmodel er at tilskynde kommuner til at sikre effektiv forebyggelse og sundhedsfremme. Medfinansieringen udgør ca. 20 % af de samlede sundhedsudgifter, hvoraf den aktivitetsbestemte medfinansiering baseres på årligt fastsatte takster. Aktivitetsbestemte udgifter til sygehusbehandling opgøres som en procentdel af hhv. DAG takster for ambulante ydelser og DRG takster for ydelser under indlæggelse. Udgifterne til behandling i primærsektoren afregnes til takster fastsat under sygesikringen.

Nedenfor følger en opgørelse over aktivitet og aktivitetsbestemte udgifter forbundet med behandling af borgerne i Lolland og Guldborgsund kommuner, sammenlignet med regionen som helhed.

## Forbrug af sundhedsydelser i primærsektoren

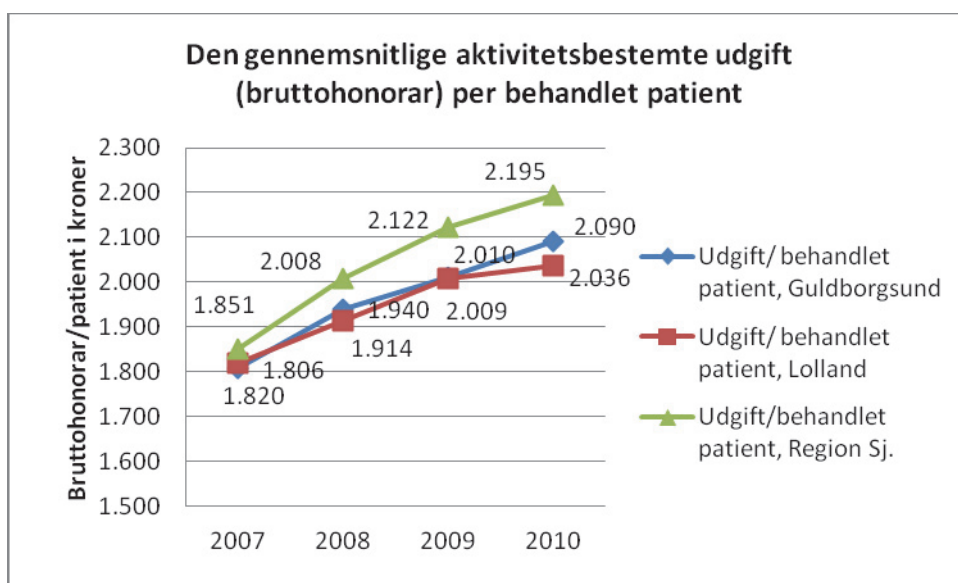
De aktivitetsbestemte udgifter til ydelser i den primære sundhedssektor er på regionalt plan steget med 18,6 % siden regionsdannelsen. For borgerne i Guldborgsund og Lolland kommune beløb ydelser indenfor den primære sundhedssektor sig i 2010 til knap 217 millioner kroner og dermed en stigning på kun ca. 11 % siden 2007 (figur 4).

Figur 4: Aktivitetsbestemte udgifter til behandling i primærsektoren 2007-2010 (bruttohonorar).



Antallet af behandlede i primærsektoren per år har ligget rimeligt konstant i perioden for borgerne i de to kommuner med ca. 104.000-107.000 personer per år. På regionalt plan ligger antallet behandlet i 2010 ligeledes på niveau med antallet i 2007 (bilag 8). Derimod er den aktivitetsbestemte udgift per patient steget jævnt siden 2007 i begge kommuner svarende til 15,7 % i Guldborgsund kommune og 11,9 % i Lolland Kommune. På regionalt plan er den gennemsnitlige aktivitetsbestemte udgift per patient behandlet i primærsektoren steget med 18,6 % (figur 5). Forskellen i udgift/borger, er således blevet større siden 2007 mellem de to sydlige kommuner og regionen som helhed.

Figur 5: Udgift per borger til bruttohonorar i primærsektoren



## Aktivitet og økonomi i Almen Praksis

Aktiviteten i Almen Praksis og økonomien forbundet hermed, er særlig interessant, idet de praktiserende læger med kontinuiteten i kontakten til patienterne har særlig mulighed for at sikre individorienteret forebyggelse og tidlig diagnostik af sygdom. Samtidig udgør ydelser i Almen Praksis ca. 40 % af de samlede udgifter til bruttohonorar i primærsektoren.

På regionalt plan er udgifterne til bruttohonorar i Almen Praksis (dvs. aktivitetsbestemte udgifter) steget med ca. 44 millioner siden 2007, hvilket svarer til 6,7 %. For borgerne i Guldborgsund Kommune beløber stigningen sig kun til 1,2 %, mens der for borgerne i Lolland Kommune er tale om et fald på knap 3 %. Samtidig er antallet af borgere behandlet i Almen Praksis faldet med mellem 1500-2300 personer i hver af de to kommuner i perioden 2007-2010. Dette svarer til et fald på knap 3 % i Guldborgsund og lige over 5 % i Lolland Kommune (tabel 9). På regionalt plan udgør faldet i antal borgere behandlet via Almen Praksis hele 10,4 % i perioden 2007-2010.

Tabel 9: Ændring i Aktivitet og udgifter forbundet med Almen Praksis i perioden 2007-2010

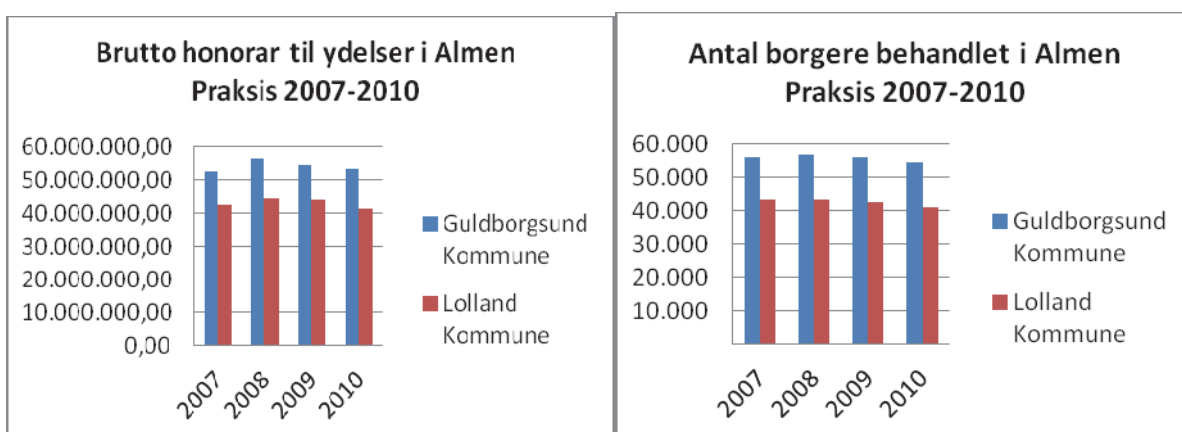
	Region Sjælland	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune
Brutto honorar, total	6,7 %	1,2 %	(2,9 %)✕
Antal borgere behandlet	(10,4 %)	(2,8 %)	(5,4 %)
Antal ydelser, total	(5,5 %)	(11,2 %)	( 15,6 %)
Udgift/borger	7,9 %	4,0 %	2,6 %

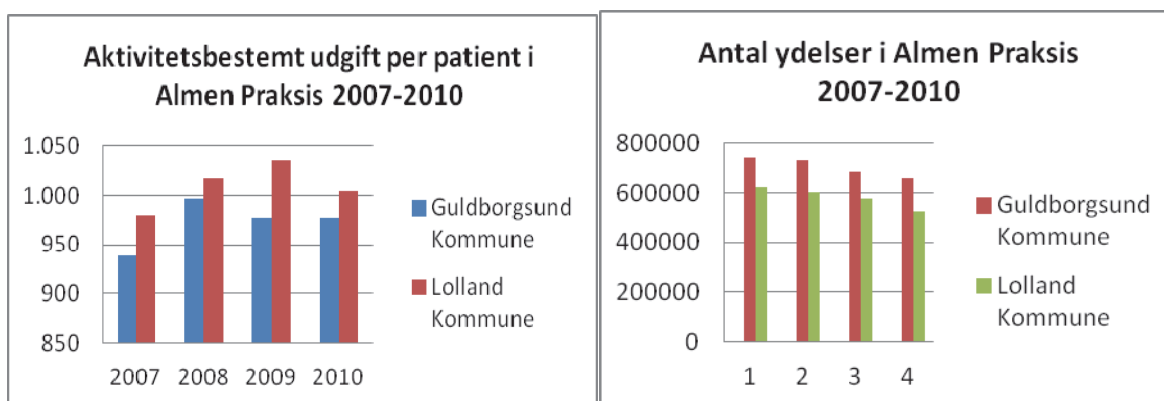
✕ Tal i parentes er udtryk for et fald i perioden 2007-2010

Yderligere er det samlede antal af ydelser i Almen Praksis faldet siden 2007. Særligt stort er faldet i antallet af ydelser til borgerne i de to sydlige kommuner på hhv. 11,2 % og 15,6 % for Guldborgsund og Lolland, mens faldet på regionalt plan kun udgør ca. 5,5 %. Trods dette fald i ydelser, ligger antallet af ydelser per patient nu på 12-13 for borgerne i Lolland og Guldborgsund Kommuner. Dette er på niveau med det regionale gennemsnit på 12, som har ligget stabilt i hele perioden.

Den aktivitetsbestemte udgift per patient var ved regionsdannelsen højere i såvel Lolland som Guldborgsund kommune end for regionen som helhed. Dette er stadig gældende for Lolland kommune om end forskellen på udgift/patient i 2010 kun udgjorde ca. 30 kroner (bilag 8). Som det fremgår af nedenstående figur ligger niveauet på ca. 1000 kroner per patient/år (figur 6). Nettostigningen udgør 2,5 % i Lolland Kommune og 4 % i Guldborgsund, mens den på regionalt plan udgør knap 7,9 %.

Figur 6: Aktivitet og økonomi i Almen Praksis for borgerne i Guldborgsund og Lolland kommune 2007-2010





De aktivitetsbestemte udgifter til behandling i Almen praksis udgør dog fortsat hhv. 42,6 og 45,4 % af det samlede bruttohonorar til behandling i primærsektor for befolkningen i Guldborgsund og Lolland kommune. Som det fremgår af tabel 10 er dette højere end regionalt.

Tabel 10.

	Guldborgsund Kommune		Lolland Kommune		Region Sjælland	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010
Brutto honorar, primær, total	110.108.725	125.362.455	84.942.772	91.393.656	1.446.521.187	1.716.413.149
Brutto honorer, Almen Praksis	52.809.139	53.440.862	42.721.323	41.474.005	655.941.215	699.885.143
Brutto honorer, Vagtlæge	2.883.725	7.496.071	2.127.719	6.389.350	34.546.376	92.776.699
Almen Praksis som andel af total (%)	47,96	42,63	50,29	45,38	45,35	40,78
Vagtlæge som andel af total (%)	2,62	5,98	2,50	6,99	2,39	5,41

Borgerne i Lolland og Guldborgsund kommune opsøger altså fortsat Almen Praksis med henblik på behandling i højere grad end regionens borgere som helhed. Antallet af ydelser leveret i Almen Praksis er dog faldet 2-3 gange mere i de to sydlige kommuner end for regionen som helhed. Tilsvarende er stigningen i den aktivitetsbestemte udgift per patient markant mindre for borgerne i de to sydlige kommuner sammenholdt med væksten på regionalt plan siden 2007. Sammenholdt med vores viden om sundhedsprofil og socioøkonomiske forhold i befolkningen i de to kommuner, kunne dette tyde på et relativt underforbrug af ydelser i Almen Praksis. Den relative lægemangel i Almen Praksis kan være en medvirkende årsag.



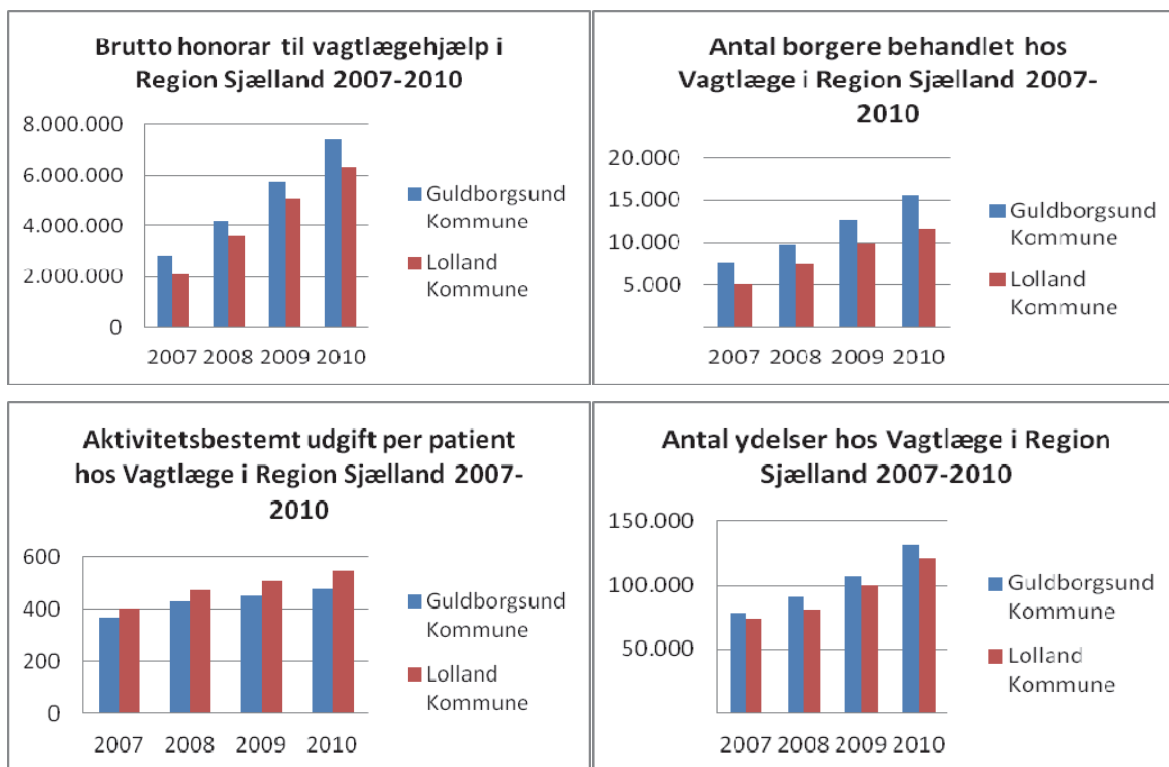
## Aktivitet og økonomi hos vagtlæger

En anden interessant tendens er væksten i forbruget af vagtlægeydelser siden regionsdannelsen. Ud over at varetage behandling af mindre alvorlige akut opståede sygdomstilstande, som i dagstimerne kunne være behandlet via Almen Praksis, udfylder vagtlægeordningen også en vigtig rolle som gatekeeper i forhold til indlæggelser på sygehus. Derimod kan vagtlæger ikke yde samme behandling som patienternes sædvanlige praktiserende læge, idet de ikke besidder et forudgående kendskab til patienten eller adgang til patientens journal.

Udgiften til bruttohonorar hos vagtlægehjælp indenfor regionen er mere end fordoblet i begge kommuner fra 2007-2010 (i Lolland kommune tredoblet) og antallet af patienter behandlet via vagtlæge er fordoblet i perioden (figur 7). Det samlede antal af ydelser leveret til kommunens borgere via vagtlæger i Region Sjælland er steget ca. 65 % i begge kommuner i perioden. Derimod er antallet af ydelser per patient hos vagtlægen i samme periode faldet fra 10 til 8 i Guldborgsund Kommune og fra 14 til 10 i Lolland Kommune.

På Regionalt plan ses lignende udvikling i bruttohonorar til vagtlægebehandling, samt stigning i antallet af patienter behandlet via regionens egen vagtlægeordning (bilag 8). Antallet af ydelser leveret via vagtlæger er dog steget mere for regionens borgere som helhed end for borgerne i Lolland og Guldborgsund kommuner.

Figur 7: Aktivitet og økonomi hos vagtlæger i Region Sjælland for borgere i Guldborgsund og Lolland Kommuner 2007-2010.



Udgiften til ydelser hos vagtlæger i Region Hovedstaden er ligeledes steget for borgerne i begge kommuner fra 2007-2010. I 2010 var der hhv. 350 borgere fra Guldborgsund og 250 borgere fra Lolland Kommune som blev behandlet via vagtlæge i Region Hovedstaden (bilag 8, figur m). Dette svarer til en stigning på knap 10 % for Guldborgsund kommune og 25 % for Lolland kommune siden 2007.

Samlet set behandles langt flere altså via vagtlæge end i 2007. Det samlede antal ydelser er steget betydeligt, mens antallet af ydelser leveret til hver patient er faldet. Særligt for befolkningen i Lolland kommune er den relative stigning i omkostninger til vagtlægebehandling steget, så bruttohonorar hertil i 2010 udgjorde knap 7 % af det samlede bruttohonorar til behandling i primærsektoren, mod 5,4 % på regionalt plan (tabel 10).

Et højt forbrug af vagtlægeydelser kan skyldes begrænset tilgængelighed hos Almen Praksis – enten reel p.g.a. lang ventetid på en konsultation, eller oplevet i forhold til hvad patienten oplever som rimelig i forhold til sygdomstilstanden. Ligeledes kan et højt forbrug afspejle en tendens til at vente længe med at kontakte læge, hvormed behov for akut vurdering er nødvendig.

Se bilag 9 for et samlet overblik over borgernes forbrug af ydelser indenfor samtlige specialer og andre behandlinger i primærsektoren.

## Forbrug af sundhedsydelser på sygehus

Udgiften i 2010 til behandling af regionens borgere i sygehusregi beløb sig til ca. 10,6 milliarder kroner (sum af DRG og DAGS værdi), eller 12,95 millioner kroner per 1000 indbyggere (Bilag 10). For regionen som helhed var der i gennemsnit 2166 ambulante kontakter per 1000 indbyggere i 2010, svarende til en udgift på 4.49 millioner kroner per 1000 indbyggere (baseret på DAG værdi). Den resterende udgift udgjordes af hospitalsindlæggelser med 298 udskrivninger per 1000 indbyggere, svarende til en udgift på 8.46 millioner kroner per 1000 indbyggere (baseret på DRG værdi) (tabel 11).

Tabel 11.

	Region Sjælland	Guldborgsund kommune	Lolland kommune
Sygehusbehandling/1000 indb. (DRG og DAG)	12,95 mio.	13,15 mio.	12,75 mio.
Antal ambulante ydelser/1000 indb.	2166	2335	2142
Udgift ambulante behandling/1000 indb.	4,49 mio.	4,83 mio.	4,30 mio.
Antal udskrivninger/1000 indb.	298	285	282
Udgift stationær behandling/1000 indb.	8,46 mio.	8,32 mio.	8,45 mio.

## Ambulant aktivitet

Guldborgsund Kommune havde i 2010 med 2335 ambulante kontakter per 1000 indbyggere, regionens højeste antal ambulante kontakter (bilag 10). Udgiften til ambulante behandling (DAGS per 1000 indbyggere) var tilsvarende den højeste i sammenligning med regionens øvrige kommuner.

For Lolland Kommune var antallet af ambulante kontakter per 1000 indbyggere og udgiften hertil lidt under det regionale gennemsnit. Tilsvarende udgjorde andelen af ambulante aktiviteter ydet til befolkningen i Lolland Kommune en andel mindre end befolkningsandelen.

Fra 2009 til 2010 var der en stigning på ca. 3600 ambulante kontakter for befolkningen i Guldborgsund kommune, mens der for Lolland Kommune var tale om et lille fald på ca. 100 ambulante kontakter til sygehusvæsenet (bilag 11, s.1).

## Stationær aktivitet

Med hensyn til behandling under indlæggelse havde borgerne i såvel Guldborgsund som Lolland Kommune færre udskrivinger per 1000 indbyggere end det regionale gennemsnit. Dette er overraskende i forhold til den relativt store andel af ældre i de to kommuner. For borgere i Guldborgsund var omkostningerne per 1000 indbyggere forbundet med behandling under indlæggelse lavere end det regionale niveau. Dette var ikke tilfældet for Lolland kommune, der på trods af ca. 16 færre indlæggelser per 1000 indbyggere oplevede et udgiftsniveau svarende til regionale gennemsnit.

Andelen af sengedage benyttet af borgerne i de to kommuner var i 2010 højere end andelen af udskrivinger (bilag 10, tabel 2). Dette er et udtryk for at den gennemsnitlige indlæggelse for borgere i Guldborgsund og Lolland Kommuner er længere end det regionale gennemsnit.

Fra 2009 til 2010 var der tale om en stigning på ca. 600 i antallet af udskrivinger for Guldborgsunds borgere mens der for Lollands borgere kun var tale om en stigning på ca. 100(bilag 11, s.2).

Det skal bemærkes at disse opgørelser ikke tager højde for diagnosesammensætningen blandt de behandlede borgere eller kompleksiteten heraf inkl. co-morbiditet. Den relative meraktivitet på det ambulante område for Guldborgsunds borgere kan således være et udtryk for demografi, en større kompleksitet blandt de behandlede patienter, eller en øget tendens til at henvise til ambulante behandling i sygehusvæsenet. Tilsvarende, kan den relative underaktivitet for borgerne i Lolland kommune være et udtryk for et anderledes henvisningsmønster fra primærsektoren, eller befolkningens oplevede behov for behandling i sygehusregi. Et oplevet behov som påvirkes af faktorer som kvalitet og tilgængelighed,

herunder patientens behov for at transportere sig<sup>19</sup>. En anden, mindre sandsynlig forklaring, er et mindre behov blandt borgere i Lolland kommune for specialiseret behandling.

## Lokal, regional og interregional aktivitet

Hovedparten af de sygehusbaserede ydelser anvendt af borgerne i de to kommuner, er hidtil leveret via de lokale sygehuse i Nakskov og Nykøbing. Således blev godt 56 % af de ambulante ydelser og knap 70 % af indlæggelserne i 2010 for borgerne i de to sydlige kommuner ydet fra disse to sygehuse. For borgerne i de to kommuner tilsammen indhentes ca. 29 % af de ambulante ydelser via offentlige sygehuse andre steder i regionen og 12 % på offentlige sygehuse i andre regioner. For hospitalsforløb med indlæggelse, fremgår det at andelen af udskrivinger fra andre sygehuse i Region Sjælland og offentlige hospitaler udenfor regionen, udgør hver 13-14 %.

Andelen af ydelser leveret til borgerne i Guldborgsund og Lolland kommune via det private sundhedsvæsen er steget med ca. 0,5 % for såvel ambulante kontakter som udskrivinger i perioden 2009-2010 (bilag 12).

## Akutte indlæggelser

I perioden 2007-2010 er andelen af akutte indlæggelser på regionalt niveau steget fra 75,2 % til 78,9 %. I samme periode er akutafdelinger indført flere steder i regionen, og den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet. En nylig opgørelse udarbejdet i regi af Afdeling for Kvalitet og Udvikling, viser dog, at trods dette, så er andelen af genindlæggelser for regionen som helhed rimelig stabil i perioden<sup>20</sup>.

I Lolland kommune udgjorde andelen af akutte indlæggelser 83,4 % i 2010, mens tallet for Guldborgsund kommune var 83,7 %. Andelen af akutte indlæggelser i 2010, var således betydeligt højere i disse to kommuner, end i regionen som helhed. Med den varslede stigning i den aktivitetsbestemte medfinansiering per 1.januar 2012 er der udtalt interesse blandt kommunerne for at forebygge unødvendige akutte indlæggelser fremover.

Tabel 12.

<b>Sygehusudskrivinger fordelt på indlæggelsesmåde (i procent)</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Andelen af elektive indlæggelser, Guldborgsund kommune	17,54	16,35
Andelen af akutte indlæggelser, Guldborgsund kommune	82,46	83,65
Andelen af elektive indlæggelser, Lolland kommune	17,80	16,62
Andelen af akutte indlæggelser, Lolland kommune	82,20	83,38

Kilde: eSundhed. Aktivitet 2009-2010

<sup>19</sup> Jf. Verdensbankens "Flagship program on health sector reform and sustainable financing", <http://web.worldbank.org>

<sup>20</sup> "Aktivitet-analyse af udviklingen 2008-2010", Notatudkast udarbejdet af Afdeling for Kvalitet og Udvikling per 25.2.2011

## Aktivitet og økonomi i Psykiatrien, distrikt Maribo

Der foreligger ikke data til belysning af evt. intraregionale forskelle – herunder data i forhold til omkostninger ydet i forbindelse med behandling af borgere i Guldborgsund og Lolland Kommune. En opgørelse over aktivitet i 2010 viser at 796 personer dette år blev behandlet under indlæggelse i Distrikt Maribo. Andelen af indlagte med bopæl i Guldborgsund eller Lolland kommune udgjorde 42,1 % heraf. Samme år blev 1328 borgere behandlet i psykiatrisk skadestue i Vordingborg. Heraf udgjorde 39,3 % borgere i Lolland og Guldborgsund kommune (bilag 13). I 2010 modtog 1223 personer ambulante behandling via distriktet, og heraf var 608 bosat i Lolland Kommune og 607 personer i Guldborgsund Kommune (99,3 % af de ambulante ydelser).

En national benchmarking analyse fra 2009 sammenligner psykiatrien i Region Sjælland med de øvrige regioner (bilag 14). Undersøgelsen viser at Region Sjælland har en voksenpsykiatri hvor udgifterne per patient og aktivitetsniveauet ligner landsgennemsnittet, og hvor personaleforbrug per patient er det næsthøjeste i landet. Samtidig er det den region hvor det største antal henvisninger afvises (17,4 %). I 2009 var der et normeret antal senge svarende til 0,57 per 1000 indbyggere og der blev henvist 7 per 1000 indbyggere – begge på niveau med landsgennemsnittet. Der var således på regionalt plan 20,1 patienter i behandling per 1000 indbyggere.

Regionens børne-og ungdomspsykiatri fandtes at have det højeste antal indlæggelser per indbygger, men med et ambulante aktivitetsniveau som landsgennemsnittet. Ligeledes fandtes antallet af patienter per læge/psykolog højere end landsgennemsnittet og forbruget af psykiatriske ydelser i praksissektoren var højt. I 2009 var der et normeret antal senge svarende til 0,16 per 1000 indbyggere. Der blev henvist 12,8 per 1000 indbyggere, hvoraf 36 % blev afvist. Der var således 15,1 patienter i behandling per 1000 indbyggere. Fordelingen på diagnosegrupper mindede i 2009 om de øvrige regioner.

I 2009 udgjorde andelen af patienter i behandling i psykiatrisk regi i Region Sjælland ca. 15 % af det samlede antal patienter på landsplan i såvel børne/ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Dette svarer til regionens andel af den samlede danske befolkning.

## Sundhedsøkonomi i kommunerne

Guldborgsund og Lolland Kommune oplever stigende driftsudgifter til sundhedsområdet. Disse tilskrives primært meraktivitet – herunder stigende udgifter til kronikere, samt ændring i aftaler om aktivitetsbaseret medfinansiering.

De stigende udgifter til sundhedsområdet kommer samtidig med et behov for generelle besparelse på driften grundet den finansielle krise. Lolland kommune skulle i 2011 skære 85

millioner af driften, herunder 11,7 millioner indenfor ældre og sundhedsområdet, samt 7,7 millioner indenfor Social- og Psykiatriområdet<sup>21</sup>. Guldborgsund kommune har planlagt med effektivisering/besparelser på 220 millioner i perioden 2009-2013<sup>22</sup>.

## De overordnede budgetrammer

Politikområde "Sundhed" i Guldborgsund Kommune dækker over den Aktivitetsbaserede medfinansiering og Sundhedsaftaler, Sundhed og Arbejdsmiljø (60 medarbejdere dækkende aktiviteter på 13 matrikler), samt Center for Afhængighed (18 medarbejdere på én matrikel). Et resume af aktiviteter hørende under de enkelte område findes i bilag 15.

Områderne styres generelt efter en budgetramme suppleret med tillægsbevillinger hvor relevant. Den samlede nettodriftsbevilling til sundhed i Guldborgsund Kommune er steget fra 174,8 millioner i 2008 til 190,2 millioner i 2011. I 2012 forventes den at stige med yderligere ca. 92 millioner, grundet meromkostninger til den aktivitetsbaserede medfinansiering<sup>23</sup>. Herudover kommer udgifter til ældreområdet inkl. Hjemmesygeplejen.

For Lolland kommune er de samlede nettodriftsudgifter for 2011 budgetteret til 3,1 mia. Politikområde Sundhed og Forebyggelse udgør 3,9 % heraf, mens Ældreområdet (der per 2011 inkluderer genoptræningsområdet) udgør 12,5 %<sup>24</sup>. Se bilag 15 for en oversigt over aktiviteterne placering i forhold til udvalgsstrukturen. Den samlede bevilling til driftsudgifter på sundhedsområdet under Ældre og Sundhedsudvalget i Lolland kommune udgjorde 145,7 millioner kroner i 2011. Bevilling til sundhedsomkostninger under Social – og psykiatriudvalget beløb sig til 8,5 millioner kroner.

En gennemgang af budgetbemærkninger vedrørende sundhedsområdet i Lolland kommune i perioden 2008-2011, viser at der er sket en vækst i driftsudgifter til medfinansiering (omfattende stationær og ambulans somatik, praksissektor og genoptræning under indlæggelse) og særligt genoptræning (specialiseret og kommunal) siden 2008. Det skal i denne sammenhæng bemærkes at der ydes specialiseret genoptræning til ca. 10 % af patienterne under genoptræning, hvilket ikke placerer kommunen blandt de kommuner med flest specialiserede genoptræningsplaner. Derimod ses reduktion i bevillingerne til sundhedsfremme og forebyggelse og sundhedscentret i Maribo.

## Sammenligning af specifikke sundhedsudgifter

Via Danmarks Statistik er det muligt at sammenligne enkelte specifikke udgifter i kommunerne. Heraf fremgår det at nettoudgifter til hjemmesygepleje i såvel Lolland som

---

<sup>21</sup> Jf. Budget 2011 Lolland kommune

<sup>22</sup> [www.guldborgsund.dk/da/Politik/Oekonomi og budgetter/Budget/Budget\\_2011.aspx](http://www.guldborgsund.dk/da/Politik/Oekonomi%20og%20budgetter/Budget/Budget_2011.aspx)

<sup>23</sup> Jf. Budgetredegørelse Sundhed 2012 for Guldborgsund Kommune.

<sup>24</sup> Jf. Budget 2011, Lolland Kommune. S.7

Guldborgsund Kommune ligger betydeligt over det regionale gennemsnit. Det samme gælder for udgifter til genoptræning og vedligeholdende træning, hvor også den årlige tilvækst i udgifter er markant højere (tabel 13).

Tabel 13: Specifikke nettodriftsudgifter i Lolland og Guldborgsund kommune

	Lolland Kommune (stigning i procent siden 2008)	Guldborgsund Kommune(stigning i procent siden 2008)	Region Sjælland(stigning i procent siden 2008)
Nettodriftsudgifter til genoptræning og vedligeholdende træning (kr. pr. indbygger), 2009	646 (130,7)	398 (56,7)	248 (28,5)
Nettoudgifter til hjemmesygepleje (kr. pr. indbygger), 2009	487 (-1,0)	531 (15,4)	395 (4,5)
Nettodriftsudgifter til kommunal sundhedstjeneste for 0- 16 årige (kr. pr. 0-16 årige), 2009	1119 (18,0)	717 (15,3)	738 (13,7)
Nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse (kr. pr. indbygger), 2009	114 (40,7)	63 (-23,2)	57 (54,1)

Kilde: Danmarks statistik per 08.08. 2011

## Konklusion

Baseret på ovenstående sammendrag af data og erfaringer fra de enkelte aktører og sektorer, identificeres nedenstående som de største sundhedsmæssige udfordringer i området:

- En haltende folkesundhed kombineret med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der giver udsigt til fortsat social og sundhedsmæssig skævvridning med flere kronisk syge og borgere med sygdom relateret til livsstil.
- Stigende udgifter til sundhedsområdet med en tendens til øget forbrug af akutydelser. Fravær af relevante styringsværktøjer gør målrettet intervention vanskelig.
- Kvalitetssikring – herunder metoder til relevant brug af data til sundhedspolitisk prioritering og evidensbaserede løsninger for interventioner.

Som tværgående problemstillinger i forhold til kvalitet og økonomi, fylder særligt udfordringer omkring;

- Rekruttering af kvalificeret personale – herunder særligt læger til praksis, psykiatri og sygehus.



- Koordination af forløb og integration af eksisterende tilbud på tværs af aktører – herunder kommunikation på tværs.

## Eksisterende tiltag og aktiviteter

Som tidligere nævnt har de enkelte aktører iværksat en række initiativer rettet mod flere af de identificerede problemstillinger. Størstedelen af initiativerne er rettet mod specifikke befolknings- og/eller patientgrupper. I de seneste år er der blevet øget fokus på initiativer på tværs af aktører. På næste side beskrives kort nogle udvalgte initiativer hos de enkelte aktører.

- Med Sundhedsaftalen 2010-2014 er der etableret officielle samarbejdsfora på tværs af aktører, og aftalen fungerer som en rettesnor i forhold til ansvars- og opgavefordeling i perioden.
- For at imødekomme manglen på læger, har man hos de enkelte aktører afprøvet en række alternative ansættelsesformer, samt international rekruttering.
- I Almen Praksis har man yderligere afprøvet forskellige støtteordninger til de enkelte lægepraksis. Aktuelt forsøger man at skabe gode rammer for en moderne flerlægepraksis på det gamle sygehus i Nakskov, og med et tilbud om videreuddannelse af praksispersonale til håndtering af kronisk syge er der lagt op til opgaveglidning med henblik på frigivelse af ekstra lægetid.
- Manglen på bl.a. hudlæger lokalt, har resulteret i et forsøg med telemedicinsk diagnostik i samarbejde med lokale alment praktiserende læger.
- Det præhospitalt beredskab søges styrket via mindre avancerede udrykningsenheder placeret i yderområder, og der kører aktuelt et forsøg med afslutning af relevante patienter lokalt, så unødige akutte indlæggelser undgås.
- På Nykøbing Falster sygehus søges kvalitetssikring styrket gennem omstrukturering af enkelte arbejdsgange.
- Psykiatrien indgår i tværgående samarbejder med Guldborgsund kommune omkring socialt udsatte, og et nu afsluttet projekt med de praktiserende læger omkring bedre kvalitet i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser.
- Kommunerne varetager en række initiativer omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Enkelte initiativer sigter mod at bryde med en negativ social arv for derigennem at fremme sundhed.



## Sundhedsaftalen 2010-2014

Sundhedsaftalen 2010-2014 fungerer som rettesnor for ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsopgaver i aftaleperioden. Visionen bag aftalen er et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Aftalen, der omfatter alle 17 kommuner i regionen, er udformet med henblik på at sikre at borgerne oplever et sammenhængende sundhedssystem når de bevæger sig mellem sundhedstilbud i kommunalt regi, tilbud hørende under dele af det sociale område, eller tilbud i praksissektor og sygehusvæsen. Aktørerne, som omfatter Region Sjælland, kommunerne og praksissektoren, forpligter sig således til at indsatsen skal være kendetegnet ved høj faglig kvalitet, patientsikkerhed, samt effektiv kommunikation. Derudover skal aftalen styrke den tværsektorielle indsats, herunder fælles planlægning af kapacitet, opgaveudvikling, og kompetenceudvikling.

Særligt fokus ønsker aktørerne at sætte på patienter med længerevarende sygdom, med sindslidelse, ældre sårbare patienter, og patienter med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, samt børn.

En evidensbaseret tilgang til forebyggelse er ligeledes en prioritet, eftersom en tredjedel af befolkningen lider af min. en kronisk sygdom, og derved beslaglægger 70-80 % af samtlige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Med indgåelse af Sundhedsaftalen 2010-2014 er der etableret en udvalgsstruktur for at fremme samarbejdet mellem aktørerne.

Flere aktører giver udtryk for at samarbejdet primært er baseret på gode intentioner, og med fordel kunne understøttes ved systematisk brug af data og udveksling heraf.

## Almen Praksis

### Indsats i forhold til rekruttering i Almen Praksis

En regionalt nedsat arbejdsgruppe fremkom i november 2010 med et ”Oplæg om plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Sjælland”. Denne var baseret på en kortlægning og fremskrivning af lægedækningen i regionen.

Fra arbejdsgruppens side anbefales følgende prioritering af indsatsen i de sårbare områder:

1. Tiltrækning af yngre læger
2. Fremme flerlægepraksis
3. Organisationsudvikling og opgaveflytning i praksis

#### 4. Udskyde ældre lægers ophørstidspunkt i praksis

Lokalt har man i samarbejde med regionen til nu afprøvet følgende løsnings modeller omkring rekruttering området:

1. Ydernummer på licens: En speciallæge i almen medicin kan overtage et ydernummer på licens fra regionen i en periode på min 2 år.

2. Paragraf 2 aftaler – særaftaler gældende indenfor regionen eller områder af regionen som er indgået mellem regionens praksisudvalg og regionen i henhold til § 2 i Landsoverenskomsten om almen lægegering. Typisk er der tale om aftaler med sigte mod at aflaste en eller flere praksis.

Aktuelt er der tale om fire aftaler med udgangspunkt i de to sydlige kommuner;

- Aftale om it-netværk, Vestlolland, omfatter 3 praksis
- Aftale om 2xhjelpepersonale, Vestlolland
- Aftale om 1 x hjælpepersonale, Maribo
- Rekruttering af læge, Nakskov.

Der blev stillet garanti for indtægt i en periode og hjælpe til inventar som efter en årrække skal købes af lægen.

Samtlige § 2 aftaler kan findes på lægeforeningens hjemmeside.

3. Etablering af en regionsklinik, hvor såvel ydernummer som lokaler og personale administreres af regionen og lægebemanding sikres via et vikarbureau. Aktuelt findes en sådan i Nykøbing F.

4. Rekruttering af læger fra udlandet. I perioden 2005-2007 blev fire polske læger rekrutteret til almen praksis og speciallægepraksis på Lolland-Falster. Lægerne undergik initial træning i Polen, efterfulgt af forløb på danske sygehuse. Det vurderes at indsatsen kostede ca. 1 million danske kroner per læge rekrutteret. De fire læger er fortsat praktiserende i området.

## Yderligere initiativer i Almen Praksis

På sygehusmatriklen i Nakskov istandsættes lokaler med henblik på at flere praktiserende læger kan etablere praksis på samme matrikel. Dette sker for at fremme muligheden for flerlægepraksis og dermed sikre tiltrækning af yngre almen medicinere<sup>25</sup>. Det forventes at lægecentre med flere lægepraksis og med mulighed for udvidelse giver et dynamisk miljø

---

<sup>25</sup> Rapporten; Almen Praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

med potentiale for faglig sparring, nye samarbejdsrelationer og fælles initiativer omkring bl.a. kvalitetsudvikling.

Region Sjælland gennemfører samtidig et kronikerprojekt med henblik på at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012<sup>26</sup>. Projektet finansieres via puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Et delprojekt under kronikerprojektet sigter mod opkvalificering af praksispersonale i særligt sårbare områder af regionen – herunder Lolland og Guldborgsund kommuner<sup>27</sup>. Formålet hermed er at understøtte en reorganisering af indsatsen for patienter med kroniske lidelser i almen praksis, med særlig vægt på KOL, diabetes og hjerte-/kar sygdom. Gennem opkvalificering af klinikpersonalet i almen praksis, kan de i højere grad deltage i håndteringen af patienter med ovennævnte lidelser ved selvstændigt at foretage konsultationer og kontroller. Dette vil samtidig betyde, at lægen aflastes. Projektet skal også bidrage til, at almen praksis tager den kommende ”Kronikerportal” til sig i det daglige arbejde og bruger portalen aktivt til videndeling og læring.

## Initiativer i speciallægepraksis

Regionen har forsøgt at sikre adgang til hudlæge via et forsøg med teledermatologi på Lolland, hvor visse praktiserende læger af regionen er blevet udstyret med kameraer, således at billeder kan sendes elektronisk til dermatologer placeret andetsteds mhp. diagnose og forslag til behandling.

## Styrkelse af det præhospitale beredskab i yderområder

I løbet af det kommende år forventes det præhospitale beredskab styrket ved implementering af kommunale nødbehandler-enheder, samt 112-akuthjælpere for at sikre hurtig hjælp til borgere i yderområder.

De kommunale nødbehandler-enheder vil bestå af en akut-bil stillet til rådighed af regionen, men bemannet med kommunale brandfolk, der har undergået særlig træning. Brandfolkene har vagt fra hjemmet. Bilerne vil være udstyret med hjertestarter, og har ikke medicin tilgængelig. Udrykninger honoreres af regionen. Det forventes at enheder placeres i Stubbekøbing og Rødby. De forventes implementeret ultimo 2011.

På mindre øer i Region Sjælland, herunder Askø, Fejø og Femø placeret ud for Lollands nordkyst, trænes interesserede privatpersoner i at yde førstehjælp – inkl. brug af

---

<sup>26</sup>”En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom”, Midtvejsrapport per 28.04.2011, Region Sjælland

<sup>27</sup> Jf. Oversigt over projekter under kronikerpuljen, Region Sjælland.

<http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/sundhed/borgere/Kronikerportal/Kronikere/Documents/Oversigt15projekter.pdf>

hjerterstarter – indtil ambulancens ankomst. Hver 112-akuthjælper station udstyres med en taske med bl.a. hjerterstarter og iltapparat. Dette er aktuelt under implementering.

Der er nyligt opstartet et projekt i området med henblik på at undgå overflødige udrykninger. De lokale ambulancefolk har fået særlig uddannelse i at afslutte henvendelser lokalt i samråd med vagthavende læge i AMK vagtcentral. Desuden har ambulancefolkene mulighed for at tilkalde en akut siddende transport i form af taxa med max. 30 minutters responstid, i fald de vurderer, at der ikke er behov for en ambulancetransport til hospitalet.

## Initiativer på Nykøbing Falster Sygehus

### Rekrutteringsproblemer blandt læger

Rekrutteringsudfordringerne er søgt imødekommet via en række alternative ansættelsesformer:

- Korterevarende ansættelser
- Timebaserede ansættelser af bl.a. speciallæger fra andre sygehuse intra/interregionalt
- Rekruttering via vikarbureauer i Danmark, samt rekruttering af udenlandske læger i form af selvhenvendere, internationale vikarbureauer
- Aktiv rekruttering foretaget med hjælp fra det internationale rekrutteringsteam i Koncern HR, Region Sjælland.

### Rekruttering fra udlandet

Rekruttering af læger fra udlandet har været anvendt på NFS gennem flere år. Det er ikke tilladt for regionen at registrere en ansats nationalitet. Der foreligger således intet sikkert estimat af antallet af udenlandske læger ansat ved NFS.

Med rapporten [Den multikulturelle hverdag på Nykøbing Falster](#) fra 2010 blev det forsøgt at synliggøre og konkretisere udfordringerne ved et multikulturelt arbejdsmiljø. Rapporten konkluderede at medarbejderne er glade for den multikulturelle arbejdsplads og at de finder det afgørende at der er et tilstrækkeligt antal speciallæger – uanset nationalitet. Samtidig identificeres sprogproblemer som det største problem i samarbejdet med de udenlandske medarbejdere. Sprogproblemer bevirker at øvrigt personale skal bruge mere tid på supplerende dialog med patienter og administrative opgaver, og det konkluderes at sproglige udfordringer kan hæmme de udenlandske medarbejders faglighed. Særligt fremhæves sproglige udfordringer i samarbejdet med gruppen af svenske vikarer, idet vikarer ikke er underlagt samme krav til sprogkundskaber som internationalt rekrutterede læger med længerevarende ansættelsesforhold.

Sygehusledelsen i Sygehus Syd har givet udtryk for, at man ikke aktuelt ser international rekruttering som en del af løsningen på udfordringen med lægemangel på NFS. Dette tilskrives at man fra ledelsens side har oplevet en række udfordringer omkring det at være en multikulturel arbejdsplads, hvilket ønskes imødegået før yderligere medarbejdere rekrutteres fra udlandet.

## Initiativer rettet mod bedre kvalitet på Nykøbing Falster sygehus

Sygehusets ledelse har i samarbejde med afdelingsledelserne iværksat en række initiativer på sygehuset omkring diagnostiske tiltag, arbejdsgange og strukturelle tiltag med henblik på at møde kvalitetsstandarderne i det Nationale Indikator Projekt fremover. Disse initiativer forventes afspejlet i den kommende opgørelse for 2011.

## Initiativer i Psykiatrien

### Rekruttering – herunder international rekruttering

Rekruttering er forsøgt sikret gennem tilbud om attraktive vilkår og brug af vikarbureauer. Aktuelt er der tilknyttet én psykiater som konsulent 3 dage per uge, samt 2 psykiatere på seniorordninger. Derudover er der tilknyttet nogle praktiserende læger med erfaring indenfor psykiatrien. Der er 1-2 faste psykologer tilknyttet distriktet.

Grundet sparsomme supervisionsmuligheder lokalt trænes nye specialiserede psykologer i Næstved – på sigt er der mulighed for at de placeres i det sydlige område.

Regionen er på nuværende tidspunkt ved at sproguddanne fire psykiatere fra hhv. Bulgarien, Ungarn og Rumænien med henblik på at virke i regionen fra udgangen af året. Heriblandt rekrutteres én speciallæge til distrikt Næstved.

### Særlige initiativer

Psykiatrien samarbejder med Guldborgsund kommune siden omkring særligt udsatte borgere. Projektet, der er samfinansieret, yder støtte til udsatte borgere med behov for støtte i kontakten med myndigheder vedrørende bolig og sociale ydelser, samt i mødet med sundhedsvæsenet. Borgere hjulpet via projektet omfatter blandt andet en stor gruppe af sindslidende unge, og unge med sindslidende adfærd og angst.

Det er parternes indtryk at projektet medfører en forståelse for hinandens rammer og tilbud, hvilket bedrer integrationen af behandlingssiden og den sociale indsats i psykiatrien. Projektet kører indtil videre på ubestemt tid.

Et andet spændende initiativ, er ”Shared Care” projektet, der forløb i 2007-2010 med støtte fra satspuljemidler. Det er et velkendt at personer med ikke-psykotiske får en utilstrækkelig behandling i Danmark og at denne gruppe udgør en stor andel af folk som får tilkendt førtidspension. Formålet med projektet var således at bedre kvaliteten i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser, samt udbygge samarbejdet mellem praktiserende læger og psykiatri. Shared Care teamets medlemmer forestod undervisning, vejledning og supervision af de ca. 50 praktiserende læger fordelt på 17 lægepraksis tilknyttet projektet – både generelt og i forhold til enkeltsager. Teamets medlemmer havde desuden mulighed for at vurdere og behandle særligt vanskelige patienter når de var i den enkelte lægepraksis ca. 1 dag om ugen.

Projektet bidrog til at række patienter fik behandling som de ellers ikke ville have fået, samt at en række kunne færdigbehandles i almen praksis uden videre henvisningsbehov. Projektdeltagelsen var dog langt mindre end ventet, hvorfor det ikke var muligt at kvantificere en evt. positiv indflydelse på sygdomsvarighed – herunder fravær fra arbejdsmarkedet (Bilag 16). En større rapport baseret på en grundig litteraturgennemgang giver dog grund til at tro, at en systematisk tilgang i større format kunne bidrage positivt i forhold til denne gruppe af patienter – både når det handler om en reduktion i sygelighed og i grundlaget for sociale ydelser<sup>28</sup>. Det regionale projektet sigtede også mod at bidrage til forskningen på området og der er aktuelt en rapport under udarbejdelse.

## Initiativer i kommunerne

Med strukturreformen i 2007 overtog Guldborgsund og Lolland kommune i vid udstrækning tiltag indenfor sundhedsfremme og forebyggelse, som tidligere lå under Storstrøms Amt. Disse er siden blevet omformet og suppleret med en række initiativer. Som det fremgår af oversigten i bilag 17, henvender størstedelen af kommunernes initiativer sig til mindre befolkningsgrupper og/eller grupper af patienter.

Enkelte initiativer er rettet mod sociale problemstillinger med konsekvens for sundhedstilstand og fremtidig sundhedsadfærd.

Eksempelvis samarbejder Guldborgsund kommune, som tidligere nævnt, med Psykiatrien omkring socialt udsatte. Lolland kommune er aktuelt ved at iværksætte et initiativ omkring uddannelse af nybagte forældre med henblik på at sikre god kommunikation, og viden i forhold til ernæring, skader og sygdom hos barnet.

---

<sup>28</sup> Shared Care for ikke-psykotiske sygdomme, Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Af Lene F. Eplov, Merete Lundsteen og Morten Birket-Smith, 2009

Ikke alle initiativer evalueres i forhold til aktivitet eller effekt, hvorfor en systematisk udvikling af de enkelte initiativer med henblik på at sikre bedst mulig brug af kommunens ressourcer er vanskelig. Denne manglende evne til at kvantificere effekten af tiltag indenfor sundhedsfremme og forebyggelse, stiller området dårligt i forhandlinger med øvrige forvaltningsområder når der foretages politiske prioriteringer.

En oversigt over kommunernes tilbud er tilgængelig via [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) for såvel borgere, som øvrige aktører indenfor sundhedsvæsenet. Deltagelse i visse tilbud kræver henvisning fra f.eks. egen læge, mens andre beror på henvendelse direkte fra borgeren. Henvisning fra sundhedsvæsenets øvrige aktører besværliggøres dog af, at henvisning ikke kan foretages elektronisk via de anvendte patientjournaler i praksis og på sygehus.



# Løsningskatalog

- Der tages udgangspunkt i tre overordnede mål omhandlende bedre folkesundhed, bedre kvalitet af ydelser på tværs af aktører og sektorer, samt bæredygtig udvikling i sundhedsomkostningerne.
- Målene skal opnås via en massestrategi bestående af to typer interventioner. Den strukturelle forebyggelse omfatter en serie tiltag rettet mod at bedre sundhedstilstanden i befolkningen som helhed ved at påvirke hvert individ en smule i den rigtige retning. Det specifikke forebyggelsestiltag er derimod rettet mod grupper af borgere eller individer.
- Evalueringsformen tilpasses de enkelte tiltag, men omfatter blandt andet etablering af en befolkningsundersøgelse lokalt.
- De foreslåede initiativer skal forløbe samtidig og kræver implementering i lokalområder, på skoler, arbejdspladser, erhvervsliv, samt i regi af de enkelte aktører indenfor sundhedssektoren.
- Tidsperspektivet for de enkelte initiativer varierer fra kortsigtet (dvs. forventet effekt indenfor 1-2 år), til de meget langsigtede omkring folkesundhed, som må forventes at tage mange år.
- Udviklingsprojektet foreslås koordineret via en nyetableret struktur kaldet Sundhedslaboratoriet, som varetager den overordnede koordination af initiativer forankret hos de enkelte interessenter, samt bistår med implementering, monitorering og evaluering af de enkelte tiltag. Et videnskabeligt rådgivende panel søges ligeledes nedsat.
- Projektet er inviteret som partner i et internationalt netværk af regionale sundhedsorganisationer under Institute for HealthCare Improvement, som arbejder med samme tredelte mål.

Med udgangspunkt i de identificerede udfordringer opstilles tre mål for det videre oplæg til udviklingsprojektet i Lolland og Guldborgsund kommune;

1. Bedre folkesundhed for befolkningen
2. Bedre kvalitet af sundhedsydelser på tværs af aktører og sektorer
3. Bæredygtig udvikling i sundhedsomkostninger til befolkningen

## Massestrategi som løsningsmodel

For at imødegå disse mål, er en række interventioner med variation i tidsperspektivet, nødvendige. Som nævnt i indledningen er løsningskataloget baseret på en vision om et sundhedsfremmende samfund, understøttet af et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum.

Det foreslås at der iværksættes en portefølje af initiativer som supplement til eksisterende projekter hos de enkelte aktører. Integration og koordinering af de samtidige interventioner er dog ifølge samtlige aktører helt essentiel.

De skitserede forslag til mulige interventioner indgår således som del af en massestrategi. En massestrategi som omfatter en serie af strukturelle tiltag rettet mod hele befolkningen, kombineret med en serie specifikke tiltag rettet mod mindre grupper af befolkningen, og/eller individer. De enkelte interventioner foregår på sygehuset, i psykiatrien, i praksis, i kommunerne eller i lokalsamfundet. Omdrejningspunktet er de tre sundhedsrelaterede mål om at bedre folkesundheden, øget kvalitet af de tilbudte ydelser og sikring af en bæredygtig udvikling i udgifterne til sundhed, men interventionerne og den forventede gevinst på sigt strækker sig langt ud over sundhedssektoren.

## Strukturel forebyggelse og evaluering heraf

De strukturelle forebyggelsestiltag sigter mod at påvirke sundheden i en positiv retning for hele befolkningen på tværs af aldersgrupper. De består af en række interventioner som fordrer sunde valg i lokalsamfundet og finder således sted indenfor samtlige forvaltningsområder i kommunerne. Perspektivet for den strukturelle forebyggelsesindsats er langsigtet dvs. mangeårig.

Det er ikke muligt at evaluere tiltagene individuelt i forhold til effekt på folkesundheden og de deraf afledte økonomiske gevinster. Via en befolkningsundersøgelse er det dog muligt at følge udviklingen i såvel sygelighed som sundhedsadfærd over tid, og dermed foretage en samlet evaluering af de strukturelle forebyggelsestiltag. Den foreslåede evalueringsform omfatter derfor etableringen af en folkesundhedsundersøgelse på Lolland og Falster. Undersøgelsen indhold udvikles i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og gruppen bag Region Sjællands Befolkningsundersøgelse med udgangspunkt i Næstved. Det foreslås at undersøgelsen suppleres med en antropologisk og sociologisk vinkel på sundhed, for dermed på sigt at kunne integrere sådan viden i design af fremtidige interventioner. Det forventes ydermere at en sådan befolkningsundersøgelse vil bidrage positivt til etablering af et lokalt forskningsmiljø med phd. forløb relateret til sundheds-

tjenesteforskning indenfor folkesundhed, herunder særligt fokus på interventioner, kvalitet og sundhedsøkonomi.

## Mulige initiativer under udviklingsprojektet

Nedenfor beskrives kort ideer til løsninger i forhold til hvert af de foreslåede mål.

### Mål 1: Bedre folkesundhed for befolkningen på Lolland og Falster

Opnåelse af et så overordnet, men essentielt mål, kræver en massestrategi i form af strukturel forebyggelse, kombineret med specifikke tiltag rettet mod mindre grupper af befolkningen og individer, som allerede er syge.

#### Konkrete forslag til strukturelle forebyggelsestiltag

##### Sunde skoler på Lolland og Falster

Ernæring og fysisk aktivitet påvirker såvel børns sundhed, som deres indlæringsevne. Dette initiativ sigter således mod bedre ernæring og mere fysisk aktivitet i skolerne, og bygger på et samarbejde mellem sundhedsaktører, skoler og forældre. Der findes positive erfaringer med sådanne tiltag fra bl.a. Linköping Len (Sverige) og Slagelse kommune. I Linköping Len har man indenfor en kort årrække reduceret fedmefrekvensen blandt børn og integreret arbejdet med børns generelle sundhedstilstand som del af skolesystemet. Deres indsats omfatter en bl.a. en årlig konkurrence hvor lokale skoler konkurrerer om titlen som de ”sundeste skoler”, mere aktivitet indlagt i skoledagen, samt sund skolemad. I Slagelse kommune har man indført morgenmad, aktive frikvarterer og sund skolemad. Initiativet under dette projekt foreslås at omfatte:

- *Sund skolemad*: Eleverne har mulighed for at købe mad på skolen i form af morgenmad og/eller frokost. Kantinen skal udelukkende udbyde sunde alternativer. Indkøb af råvarer kan evt. basere på et samarbejde med lokale landbrug – se senere.
- *Aktive frikvarterer*: Der indføres krav om at eleverne i frikvarterer skal opholde sig udendørs, eller i gymnastiksalen, der åbnes for leg i disse tidsrum. Der uddannes ”legepatruljer” blandt de ældre årgange, som kan igangsætte gamle og nye lege der involverer bevægelse (erfaring fra Slagelse Kommune).
- *Årlig konkurrence for ”Sundere skoler”*: I en sådan konkurrence kan der med fordel fokuseres på innovation, grøn teknologi, bevægelsesfremmende initiativer og dermed bygge på et samarbejde med det lokale interessenter i erhvervsliv og civilsamfund. Vinderne bør præmieres med attraktive præmier som skolen som helhed kan nyde godt af.

- *Fast food fri zone*: En amerikansk undersøgelse har vist at andelen af en befolkning med svær overvægt er korreleret til afstanden til udbud af fast food. Via lokalplanen kan der indføres zoner omkring skoler, hvor det ikke er tilladt at have fast food restauranter eller kiosker med fast food.

### Sund kantinemad (sunde arbejdspladser)

Ansatte på offentlige arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner skal have mulighed for at købe mad på arbejdspladsen i form af morgenmad og/eller frokost. Kantine skal udelukkende udbyde sunde alternativer. Indkøb af råvarer kan evt. basere på et samarbejde med lokale landbrug – se senere.

### Grøn fællesspisning

I samarbejde med lokale landbrug og kokke med tilknytning til området, udarbejdes en serie opskrifter baseret på årstidens råvarer, som kan anvendes ved en ugentlig fællesspisning i de lokale forsamlingshuse som er tilmeldt initiativet.

### Bevægelsesfremmende byer

Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen lyder på at voksne helst alle ugens dage skal være fysisk aktive i 30 minutter af moderat intensitet, mens at de mindst to gange om ugen skal vedligeholde kondition og muskelstyrke via træning a 20-30 minutters varighed med høj intensitet. Nyere forskning tyder dog på at selv mindre mængder bevægelse kan have betydning for folks sundhed, og hvis alle borgere bevæger sig bare en lille smule mere hver dag, vil folkesundheden bedres tilsvarende. Det foreslås at indtænke bevægelsesfremmende design i fremtidig byplanlægning, samt i nybygning og ombygning af offentlige bygninger. Der findes en række arkitekter med erfaring indenfor netop bevægelsesfremmende design og planlægning.

### Sunde valg i supermarkeder

Tilgængelighed styrer valget af varer som puttes i indkøbskurven. Særligt når det handler om snacks placeret i nærheden af kassen. Med inspiration fra et projekt vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse aktuelt under implementering på Bornholm, foreslås det at indgå en aftale med lokale dagligvareforretninger omkring ændring af sortimentet placeret i nærheden af kassen. I stedet for usunde snacks som chips, slik mv. placeres et udvalg af sunde snacks – f.eks. frugt, juice, nødder og lignende.

## Grønne øer – et samarbejde med det private erhvervsliv

Landbrugsjorden på Lolland og Falster er meget frugtbar og egner sig dermed til produktion af grøntsager. Internationale erfaringer har vist at en befolknings indtag af frugt og grønt kan påvirkes via en række strukturelle tiltag. I Finland har en ændring i landbrugspolitikken med indførelse af øget støtte til produktion af frugt og grønt, påvirket fødevareindtag i befolkningen som helhed.

## Implementering af lokale støtteordninger til produktion af grøntsager

Støtteordninger kunne omfatte tilskud til opvarmning med naturgas af gartnerier i lokalområdet og leveringsaftaler fra lokale producenter til kantiner på skoler og arbejdspladser.

## Momsfritagelse på frugt og grønt

## Øvrige ideer til strukturel forebyggelse

De lokale myndigheder har mulighed for at sikre at sundhed integreres i alle offentlige udbud på Lolland og Falster – herunder fokus på medarbejdernes sundhed.

## Specifikke tiltag rettet mod mindre befolkningsgrupper og/eller individer

### ”Det er dit liv”- tilbud om årlig sundhedsscreening

Der indføres tilbud om en årlig sundhedsscreening via de kommunale/regionale arbejdspladser på Lolland og Falster for at forebygge sygdom og bevare sundhed. Initiativet bygger på Inspiration fra organisationen ”Allegiance health”, USA, hvor borgere tilbydes årlig screening ud fra 14 risikofaktorer inkl. psykiske risikofaktorer. Deltagerne stratificeres som lav-, medium- eller høj-risiko profil og tilbydes efterfølgende tre møder med en vejleder pr år. Hos de amerikanske deltagere har man erfaret at indenfor projektperioden på ni år, er 17 % af borgerne flyttet til lavrisikogruppen og 10 % er flyttet fra høj til medium risiko. Omkostningstilvæksten i sundhedsudgifter er en sjettedel blandt dem som forbliver eller rykker til lav/medium risiko grupperne i forhold til dem som forbliver i eller rykker op i højriskogruppen. I Michigan tilbydes programmet via arbejdspladser, men i en dansk kontekst kunne man evt. supplere med tilbud via uddannelsesorganisationer, eller som et tilbud til modtagere af sociale ydelser.

## Forældreuddannelse

Lolland kommune er aktuelt ved at implementere et treårigt projekt hvor alle nybagte forældre får tilbudt et kursus i forælderrollen inkl. Sessioner om kost, sygdom hos børn, konfliktløsning mv. Projektet tager udgangspunkt i at mange forældre i Lolland kommune ikke er rustet godt til rollen som forældre grundet den sociale arv. Projektets monitorering, evaluering og evt. udbredelse synes relevant i forhold til sundhedsfremme såvel som forebyggelse på børneområdet.

## Forskningsprojekter vedrørende kronisk syge og socialt udsatte

Som beskrevet tidligere har begge kommuner en høj andel af borgere med kronisk sygdom, samt socialt udsatte børn og voksne. Samtidig viser gennemgangen af data at særligt borgere i Lolland kommune ser ud til at have et underforbrug i forhold til graden af sygelighed. Dette kan have negative konsekvenser for indsatsen i forhold til at forebygge komplikationer – også kendt som den sekundære og tertiære forebyggelsesindsats. Der er således behov for at udbygge den viden vi har om de kronisk syge og socialt udsatte i området, samt udvikling og afprøvning af alternative tilbud til disse grupper af borgere.

## Udvikling af individuelt sårbarhedsindeks

Baseret på allerede eksisterende data fra Region Sjællands Befolkningsundersøgelse i Næstved, identificeres de dårligst regulerede kronikere. Det undersøges herefter om de rent faktisk er kendt i systemet – enten i praksis eller sygehus-, eller om de er ukendte for systemet. Måske er de endda opgivet som non-compliant patienter. Baseret herpå udvikles et individuelt sårbarhedsindeks, der kan anvendes i Almen Praksis. Indekset afprøves blandt kronikere på Lolland og Falster.

## Interventionsstudie vedr. dårligt regulerede kronikere

Med inspiration fra udenlandske initiativer udvikles og afprøves alternative kronikertilbud i form af opsøgende indsatser.

## Interventionsstudie vedr. overvægtige børn og deres familier

Initiativet baseres på sygehuset og implementeres med inspiration fra et tilsvarende succesfuldt projekt på Holbæk Sygehus.

## Sundhedsadfærd blandt fattige børn og deres familier

Kortlægning af forbruget af sundhedsydelser og kontakt med de sociale myndigheder blandt de fattige børn i de to kommuner. Er denne gruppe i frit fald eller har de god kontakt til systemet? Målttede initiativer etableres evt. på baggrund heraf.

## Monitorerede forløb for kronikere – potentiale for opgaveglidning og kvalitet

Projektet skulle søge at belyse hvorvidt den tilsigtede opgaveglidning har positiv betydning for tilgængeligheden i Almen Praksis, samt hvorvidt de strukturerede forløb bidrager med en kvalitetsforbedring i forhold til tidligere.

## Mål 2: Bedre kvalitet af sundhedsydelser på tværs af aktører og sektorer

Bedre kvalitet omfatter ikke kun hvorvidt en behandling er effektiv i forhold til at kurere/lindre patientens sygdom, eller forebygge at den udvikler sig mere, men også om der i behandlingen er fokus på patientsikkerhed, ventetid og tidsforbrug, samt adgang til behandling. Altså indgår patientens samlede oplevelse af tilbuddet. Patienters og borgeres oplevelser af de enkelte tilbud påvirkes af de identificerede rekrutterings- og koordineringsudfordringer, og initiativer rettet herimod indgår således i realisering af målet om bedre kvalitet.

## Nytænkning i forhold til personalesammensætning og opgavefordeling

Opgørelser har vist at en tredjedel af en hospitalsansat læges tid udfyldes af opgaver, der ligeså godt kan udføres af andre personalegrupper. I praksissektoren og psykiatrien optages lægers tid ligeledes af en række opgaver som kan varetages af andre personalegrupper. En ændring i organisering af arbejdsgange er således en mulig løsning i områder hvor rekruttering af lægeligt personale er vanskelig.

## Omstrukturering af arbejdsgange

Initiativet udvikles med henblik på at frigøre lægelig tid til egentligt lægefagligt arbejde. Herved sikres en mere hensigtsmæssig brug af de lægefaglige kompetencer hos de enkelte aktører. De nye arbejdsgange udvikles i samarbejde mellem klinikere og LEAN enheden i Region Sjællands Afdeling for Kvalitet og Udvikling. Arbejdsgange testes ved brug af hurtige evaluerings og optimeringsforløb jf. PDSA model for forbedringstiltag.



## Afprøvning af Mobile-Health teknologi

I udlandet har man gode erfaringer med at ændre personalesammensætningen efter introduktion af såkaldt Mobile Health teknologi (MHealth). Teknologien bygger på evidensbaserede behandlings- og monitorerings algoritmer på smartphones/PDA som kan anvendes af plejepersonale. Informationen overføres realtime til en database som foreslår eventuelle supplerende spørgsmål eller observationer, før den evt. foreslår kontakt til læge. Plejepersonalet har mulighed for at blive superviseret af en læge per telefon. De udenlandske erfaringer har vist at teknologien kan sænke variabiliteten i kvalitet, samt øge tilgængeligheden til sundhedsydelser.

## Telemedicinsk monitorering af kronisk syge

Såvel nationalt som internationalt er der tiltagende erfaringer med implementering af telemedicin til fx monitorering af kronisk syge i eget hjem eller på plejehjem. I Tayside, Skotland, har man indført en Virtual Ward, hvor indførsel af telemedicinsk overvågning af kroniske patienter i deres eget hjem har bevirket færre indlæggelser og dermed nedlægning af sengepladser, samt en ændring i personalesammensætning i retning mod flere sygeplejersker der forestår den daglige monitorering.

## Forbedret koordination af forløb og tilbud på tværs af aktører

### Komparative test af strukturerede patientforløb

Udvikling og test af strukturerede patientforløb via komparative analyser af forskellige interventioner. Evalueringen bør indeholde såvel kvalitetsmæssige aspekter (patienttilfredshed, behandlingsresultat og udgifter mv.), samt de samfundsøkonomiske konsekvenser af forløbet (herunder ventetid mellem enkeltdele af forløbet, tabt arbejdsfortjeneste mv.)

### Kobling mellem tilbud indenfor praksissektor og kommuner

Bedre kobling mellem praksissektor og kommunens tilbud. Kommunerne ser et potentiale i at udnytte datafangst til at få identificeret risikopatienter, og ser gerne at de identificerede patienter automatisk kobles til eksisterende tilbud i kommunerne. Eks. KOL og hjerterehabilitering eller diætist.

### Kobling mellem psykiatrisk behandling og sociale tilbud

Udvikling af system til automatisk kobling mellem visse diagnoser til psykiatri og sociale myndigheder. F.eks. i forbindelse med indlæggelse for alkoholrelateret eller misbrugsproblem.

### Fælles kommunikationsværktøj

Udviklingen af en fælles IT platform mellem praksis, sygehus og kommuner med henblik på at lette kommunikation, udveksling af data, samt arbejdsgange.

## Mål 3: Bæredygtig udvikling i sundhedsomkostninger

Ud over de økonomiske gevinster på sigt, der ventes at følge af en bedre folkesundhed og bedre kvalitet af de leverede ydelser, er mere kortsigtede løsninger i forhold til de stigende sundhedsudgifter nødvendige. Nedenfor beskrives en række specifikke initiativer, som kan medvirke til at belyse hvor og hvorfor udgifterne skrider, samt dæmme op for en fortsat udvikling heri.

### Færre forebyggelige akutte indlæggelser

#### Reduktion i antallet af ”svingdørspatienter” på Nykøbing Falster Sygehus

Første trin omfatter en undersøgelse af hvilke grupper af patienter, der er repræsenteret blandt de såkaldte svingdørspatienter – patienter som hyppigt indlægges og udskrives igen. På baggrund af ovenstående og med inspiration fra national og international erfaring og foreliggende evidens, udvikles en serie af interventioner rettet mod disse hyppigt indlagte patienter. I udlandet har man erfaring med opsøgende hjemmebesøg, og kontaktpersonsordninger m.v. (evt. inspiration fra IHI projekt kaldet Common Ground, hvor særligt fokus på svingdørspatienters boligforhold resulterede i færre indlæggelser). Interventionerne testes ved brug af hurtige evaluering og optimeringsforløb jf. PDSA model for forbedringstiltag. Evaluering baseres på frekvensen af indlæggelser for den identificerede gruppe før og efter interventionernes implementering.

### Etablering af akutstuer i kommunalt regi

Mange ældre borgere indlægges akut, grundet et kortvarigt behov for intensiveret sygepleje i forhold til hvad der kan klares i eget hjem eller på plejehjem. For en vis andel er der udelukkende behov for sygepleje og dermed er indlæggelse i hospitalsregi ikke nødvendig så længe et alternativt tilbud eksisterer. Københavns Kommune har positiv erfaring med etablering af akutstuer, hvor ældre patienter kan tilbydes ophold i kortere perioder som mellemstation mellem sygehus og hjem<sup>29</sup>. Disse akutstuer er bemandede med sygeplejefagligt

---

<sup>29</sup> Jf. personlig korrespondance med ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune, samt interne evalueringsrapporter.

personale med mulighed for at benytte egen læge og/eller vagtlægeordningen ved behov for rådgivning eller yderlige behandlingstiltag som fortsat ikke kræver indlæggelse.

En alternativ løsning i forhold til bemanding af stuer med intensiveret sygepleje omfatter mulighed for at indkalde vikar til øget monitorering og plejeindsats frem for indlæggelse. Dette beror på en forudsætning om at indkaldelse af en sygeplejevikar koster mindre end de 15,000 kroner som kommunens medfinansiering bliver ved akut indlæggelse per 1.januar 2012.

### Akutambulatorium på Nykøbing Falster Sygehus

En del patienter indlægges via egen læge eller vagtlæge med henblik på at opnå en vurdering ved speciallæge i f.eks. Intern Medicin indenfor kort tid. I vagten tilses de som regel af en yngre læge uden speciallægeuddannelse, og først den følgende dag vurderes patienten ved en speciallæge på sygehuset. Med etablering af akutambulatorium på sygehuset har henvisende instans mulighed for at booke en tid til patienten den følgende dag. Akutambulatoriet skal være bemanded med speciallæger. Ambulatoriet skal være et tilbud til de patienter, hvor henvisende instans finder en hurtig afklaring nødvendig, men hvor akut indlæggelse med tilhørende sygepleje ikke skønnes nødvendig.

### Evaluering af mulig synergi mellem lægevagt og akutmodtagelse

Grundet logistik i forbindelse med ombygning af akutafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus, har lægevagten gennem en periode været placeret i et lokale i tilknytning til akutmodtagelsen. Det foreslås at der foretages en evaluering heraf med henblik på om den fysiske nærhed mellem de to instanser bidrager med bedre visitation til indlæggelse.

### Udvikling af styringsværktøj for kommunerne vedr. sundhedspolitiske prioriteringer

Kommunerne efterlyser en metode til at få konkretiseret udgiftsniveauet for bl.a. de forskellige kronikergrupper – så det kan bruges som styringsværktøj lokalt og i samarbejdet på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Aktuelt foreligger der meget få effektive eksempler på sådanne værktøjer fra andre danske kommuner. Det foreslås at der som del af projektet udvikles og testes et økonomisk styringsværktøj til brug i kommunerne. Værktøjet udvikles i samarbejde mellem kommuner og Dansk Sundhedsinstitut.

### Afprøvning af patient-ledte behandlingsforløb

Internationalt er der eksempler på såvel økonomiske som kvalitetsmæssige gevinster ved implementering af patient-ledte behandlingsforløb. Et eksempel er Linköping Lens

nyreafdeling, hvor patienterne selv varetager egen hæmodialyse. Den patientadministrerede hæmodialyse giver mere fleksibilitet for patienterne, er mellem 30-50 % billigere og giver færre komplikationer. Projektet, der er designet og implementeret i samarbejde med IHI, er suppleret med initiativ omkring CV revision med henblik på at få de kroniske patienter i job eller frivilligt arbejde. Desuden træner dialyse patienterne under dialysen og oplever øget livskvalitet. Tilsvarende kan afprøves patient-ledte behandlingsforløb for andre grupper af kroniske patienter.

## Organisering af udviklingsprojektet

Udviklingsprojektet tager udgangspunkt i en koalition af interessenter og det foreslås at projektet organiseres omkring en nyetableret enhed kaldet Sundhedslaboratoriet. En enhed som koordinerer indsatsen blandt interessenterne og dermed har samarbejde og interventioner på tværs af aktører er i fokus. Alle igangsatte initiativer skal testes med henblik på at sikre en vidensbaseret tilgang til fremtidige prioriteringer og tiltag på sundhedsområdet. Initiativer iværksættes som pilotprojekter og testes lokalt, men relevans af evt. udbredelse til resten af regionen og/eller landet skal integreres fra start.

## Sundhedslaboratoriet

Sundhedslaboratoriet bemannes med et mindre team, hvis opgave er at sikre fremdrift i de enkelte initiativer. Teamets medlemmer skal således fungere som forandringsagenter via en koordinerende og rådgivende indsats. For at imødekomme dette, trænes teamet f.eks. i den såkaldte "Improvement Model" udviklet af det amerikanske Institute for HealthCare Improvement.

Teamet varetager i samarbejde med de lokale aktører udviklingen af design, implementering og evaluering i forhold til de enkelte initiativer omfattet af porteføljen. De enkelte aktører adopterer ejerskab for implementeringen af et eller flere initiativer (collective action).

En daglig forskningsleder tilknyttes sundhedslaboratoriet som vejleder for de igangsatte forskningsprojekter. Forskningsprojekterne skal primært bestå af interventionsforskning.

## Videnskabeligt rådgivningspanel

Et panel af eksterne rådgivere udpeges til at varetage rollen som videnskabelige vejledere på projektet. Rådgiverne skal repræsentere relevante videnskabelige retninger som Forebyggelse og Sundhedsfremme, Sundhedsøkonomi, Sundhedsantropologi, Sociologi og Epidemiologi.

Ud over at bidrage med viden og erfaringer, skal panelet sikre en videnskabelig vinkel og kvalitet i projektets udformning og implementering.

Følgende personer er på nuværende tidspunkt identificeret som mulige kandidater til det videnskabelige rådgivningspanel: Jes Søgaard (Dansk Sundhedsinstitut), Torben Jørgensen (Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhedsfremme), Bjørn Holstein (Københavns Universitet).

## Potentielt samarbejde med Institute for HealthCare Improvement

Den internationale kvalitetsorganisation ”Institute for HealthCare Improvement” (IHI) er blevet præsenteret for ideen og partnerne bag dette udviklingsprojekt, og er interesseret i at indgå et samarbejde. Samarbejdet med IHI skal sikre en samlet projektidentitet og fælles retning fra start, samt bidrage med et internationalt netværk der fremmer kvalitet og legitimitet af projektet – herunder finansieringsmuligheder.

IHI, der er baseret i USA (Boston), har gennem en årrække arbejdet med sundhedsorganisationer verden over omkring det såkaldte *Triple Aim* koncept. Via en portefølje af projekter arbejder organisationer eller koalitioner af aktører mod tre samtidige mål; 1) Forbedre en befolknings sundhed, 2) Bedre patienternes oplevelse af sundhedsydelser, og 3) Sænke eller bremse væksten i sundhedsomkostninger.

Delprojekterne sikrer dette via fokus på bedre koordination af tilbud på sundhedsområdet og supplerende sektorer, en reduktion i evt. overforbrug af ydelser, samt via en prioritering-/omfordeling af midler til initiativer hvor de får størst effekt. Indhold af de enkelte delprojekter baseres på ”best practice” indenfor et givent område/interventionstype.

Delprojekterne realiseres af de enkelte partnere i koalitionen (collective action). Hver partner er således leder for min. ét initiativ.

IHI iværksætter per september 2011 den sjette generation af Triple Aim projekter med nye partnere rundt omkring i verden. Denne gang vil der være særligt fokus på regionale initiativer, hvor interventionerne er rettet mod en hel befolkning i et geografisk område (frem for en udvalgt subpopulation i et område)

De regionale initiativer er erfaringsmæssigt særligt egnede i forhold til en Triple Aim tilgang, fordi der eksisterer:

- Infrastruktur omkring sociale tilbud og sundhed
- Fælles værdier og præferencer (kultur)
- Tilgængelige data
- Etablerede samarbejdsrelationer mellem aktører og sektorer

Der er ligeledes erfaring for at det er muligt at benytte eksisterende strukturer eller tilpasse dem hurtigt ved behov herfor.

Som partner med IHI omkring et Triple Aim initiativ, indgår organisationerne i et internationalt netværk af sundhedsorganisationer, som via webbaserede seminarer og arbejdsgrupper udveksler erfaringer omkring design, implementering og evaluering af interventionerne. Derudover forventes deltagende organisationer at deltage i en konference i USA, og der er mulighed for besøg af rådgivere fra IHI. IHIs Triple Aim Team bidrager ligeledes med at udvikle porteføljen af projekter, samt definere relevante mål, målemetoder og fokuserede udviklingscykli. Det koster US \$ 18.000 at blive partner i IHIs Triple Aim netværk (bilag 18)

IHI's team har indikeret at de for et projekt som dette forventer at det vil tage ca. 6 mdr. før interessenter, målemetoder og portefølje af initiativer er defineret. Derefter forventes effekt af de første initiativer at ses efter 12-18 mdr. Resultater af de mere langsigtede delprojekter omkring bedring af folkesundhed ses først efter flere år.

IHI har inviteret Region Sjælland med udviklingsprojektet på Lolland og Falster som partner i den 6.generation af Triple Aim initiativer.

## Finansiering

Realisering af udviklingsprojektet beror på finansiering via eksterne midler. Muligheder herfor er således afsøgt som led i udarbejdelsen af dette oplæg. Hidtil er der positive tilkendegivelser i forhold til at søge midler fra en række kilder.

I EU regi er det muligt at søge særlige puljemidler til udviklingsprojekter i yderområder, særligt ved etablering af internationalt samarbejde med områder i andre EU lande. I denne sammenhæng kunne det være relevant at basere projektet på et samarbejde med bl.a. Sverige og England eller Skotland, som allerede har erfaring med større tværgående udviklingsprojekter vedrørende sundhed. Med sigte mod den fremtidige integration af Femern Bælt området, er det ligeledes relevant at afsøge muligheder for et potentielt samarbejde med nordtyskland.

Midler til realisering af delprojekter som involverer samarbejde med det lokale erhvervsliv og udvikling heraf kan muligvis søges i regi af Regional Udvikling.

Ansøgning om støtte fra en række danske fonde tænkes ligeledes at være relevant.

TrygFonden er præsenteret for projektet og har udtrykt interesse herfor. Regionen har allerede et etableret samarbejde med TrygFonden omkring lægehelikopteren, samt projektet Patientsikkert Sygehus, der koordineres via Dansk Selskab for Patientsikkerhed. IHI indgår i øvrigt i dette sidste projekt, og TrygFonden er således positivt indstillet overfor et

samarbejde med IHI. I relation til initiativet omkring bevægelsesfremmende byer, kunne det være relevant at søge en fond som RealDania Fonden.

Projektet er ligeledes blevet opfordret til at søge midler fra Forebyggelsesfonden, der særligt fokuserer på tiltag rettet mod forebyggelse på arbejdsmarkedet og generel sundhedsfremme.

Midler til realisering af de enkelte foreslåede forskningsprojekter, herunder PhD forløb, kan søges indhentet via forankring ved universiteterne eller i samarbejde med andre i eksisterende nationale eller regionale institutioner som f.eks. Dansk Sundhedsinstitut og Dansk Institut for Folkesundhed.

Indhentning af relevante ressourcer afventer beslutning om videreførelse og endelig udformning af udviklingsprojektet. I første omgang har Region Sjælland afsat et mindre beløb på budget 2012 for derigennem at sikre at projektudviklingen kan fortsætte, skulle der være politisk opbakning hertil.



# Referencer

Specifikke referencer er nævnt i fodnoterne undervejs i oplægget. Derudover har følgende materiale indgået i udarbejdelsen af rapporten:

## Rapporter

1. Lighed i sundhed: Lighed i adgang, udvikling af specialetilbud, indsatser skal styrke personlige ressourcer og egenomsorg (Sundhedsaftalen 2010-2014)
2. "Gør det sunde valg let – muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne". Afsluttende Afrapportering. Sundhedsstyrelsen, december 2009
3. "Agenda Sundhed på Tværs", Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, 2010
4. Fakta om Landdistrikterne, Landdistriktsprogrammet 2007-2013.
5. Tal på sundhed, Sundhedsøkonomisk center Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 1. juli 2011
6. Lighed i Sundhed, eksempler på initiativer i regionerne. Danske Regioner, 2011.
7. Sundhedsprofilen 2010, Region Sjælland
8. Børn og unge i Danmark, velfærd og trivsel, Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI) i samarbejde med bikubefonden. Af Mai Hede Ottesen et al.
9. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health
10. Fattigdom i Danmark, Børnefattigdommen stiger og er skævt fordelt i Danmark. Af Jonas Schytz Juul, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 28.juni 2011.
11. Dødelighed og årsag til død i Lolland Kommune i perioden 1997-2001 – et registerstudie, Master afhandling af Benny Gerberg Sell.
12. Projektet "Mangel på praktiserende læger i Region Sjælland rammer de socio-økonomisk udsatte kommuner hårdest" af Mads Toft Kristensen, fremlagt på Forskningens Dag 2011.
13. Landsundersøgelse for Patienttilfredshed (LUP), 2010
14. Rapporten; Almen Praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008
15. Shared Care for ikke-psykotiske sygdomme, Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Af Lene F. Epløv, Merete Lundsteen og Morten Birket-Smith, 2009

## Arbejdsdokumenter

16. Interne arbejdsdokumenter fra Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen: a) Valbyrapport\_forebyggelige indlæggelser\_version marts 2011, b) Indsatser for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, c) Auditrapport\_APE-Final.
17. Rural migration and health care – a review of the literature. Danish Institute of Rural Research and Development, Working paper 02/2007.
18. Lex Lolland, Regionalt arbejdsrapport fra februar 2010
19. Notat fra Klinisk Epidemiologisk afdeling i Århus: HSMR\_ny model 4
20. Aktivitet-analyse af udviklingen 2008-2010, Notatudkast udarbejdet af Afdeling for Kvalitet og Udvikling per 25.2.2011
21. Oplæg om plan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis i Region Sjælland, Regional arbejdsgruppe, november 2010
22. En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom, Midtvejsrapport per 28.04.2011, Region Sjælland
- 23.

## Kommunerne

24. Budget og budgetbemærkninger fra 2008-2012, Lolland Kommune
25. Budget og budgetbemærkninger fra 2008-2012, Guldborgsund Kommune
26. Socialpolitik for Guldborgsund Kommune på Social- og Handicapområdet
27. Årsredegørelser 2010, Social- og Sundhedsområdet, Guldborgsund Kommune
28. Kvalitetsstandard Sundhed, Guldborgsund Kommune, godkendt januar 2010.
29. Sundhedspolitik, Guldborgsund Kommune, vedtaget februar 2009.
30. Tilbud til overvægtige børn og deres familier, Rapport om familiers egne oplevelser af problemstillinger og barrierer i forhold til håndtering af børns overvægt. Guldborgsund Kommune.
31. KRAM profil Guldborgsund Kommune, Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

## Institute for HealthCare Improvement

32. The Triple Aim: Care, Health and Cost. Berwick et al. TA Health Affairs.
33. IHI Triple Aim, Concept design
34. IHI Triple Aim Prototyping Initiative 2011
35. Achieving the Triple Aim – Summary of success.
36. The Triple Aim Journey: Improving Population Health and Patients experience of Care, while reducing Costs. Case study by McCarthy and Klein, The Commonwealth Fund, pub.1421, vol.48.

37. IHITripleAimHealthPartnersSummaryofSuccessJulo9v2
38. IHITripleAimBellinHealthSummaryofSuccessJulo9v2
39. IHITripleAimGenesysHealthSystemSummaryofSuccessJulo9v2
40. Overview of Potential Population Triple Aim Measures, Præsentation v. Nolan
41. The Triple Aim, A new level of Performance. Præsentation v. Berwick, Jonkoping, Maj 2008.
42. Triple Aim and Patient Safety. Præsentation v. Whittington, November 2010.
43. Better Care and Lower Cost – How will we do that? Præsentation v. Nolan, Washington, maj 2010.
44. Execution: What does it take? Præsentation v. Marr, Chief executive, NHS Tayside.
45. Review of Social Marketing activity within Scottish Health Board areas. NHS Tayside, April 2010
46. NHS Tayside Nursing and Midwifery Care Governance Framework
47. NHS Tayside strategic plan 2010-2015
48. Guide to Strategic Planning in Tayside
49. Commissioning plan for Public Health, August 2010-March 2012, Tayside, NHS.

### Præsentationer, øvrige

50. Fælles udfordringer for kommuner og regioner på sundhedsområdet. Præsentation ved DRG konferencen, Ringsted, 5.maj 2011. Ved Anne Mette Fugleholm, Københavns Kommune.
51. Forløb på Tværs set med en kommunal vinkel, Præsentation ved Anne Mette Fugleholm, Københavns Kommune. Januar 2010.

### Hjemmesider, øvrige

[www.sdu.dk](http://www.sdu.dk) vedr. FELIS - Flerstrengede Evidensbaserede Lokale Indsatser for Sundhedsfremme

[www.dst.dk](http://www.dst.dk)

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

[www.ssi.dk](http://www.ssi.dk)

[www.nip.dk](http://www.nip.dk)

[www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

<http://web.worldbank.org>. Verdensbankens ”Flagship program on health sector reform and sustainable financing”

<http://www.regionsjaelland.dk/regionensopgaver/sundhed/borgere/Kronikerportal/Kronikere/Documents/Oversigt15projekter.pdf>