

BEDRE GRUNDLAG FOR IND- SATSEN PÅ DET KOMMUNALE SUNDHEDSOMRÅDE

- Juni 2010

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
1. Indledning og sammenfatning.....	3
2. Indikatorer på de kommunale sundhedsområder	5
2.1. Forebyggelse og Sundhedsfremme.....	5
2.2. Genoptræning efter udskrivning	6
2.3. Hjemmesygepleje	10
2.4. Alkoholmisbrug.....	12
2.5. Stofmisbrug.....	14
2.6. Børnesundhed.....	18
3. Konklusion	20
Bilag.....	21

1. Indledning og sammenfatning

Sundhedsområdet står over for en række udfordringer i de kommende år. Servicen skal udvikles, samtidig med at der er begrænsede rammer for væksten i de offentlige udgifter. Derfor er det centralt, at der sker en udbredelse af viden og bedste praksis til gavn for den samlede ressourceanvendelse. Det kan en forbedret dokumentation bidrage til.

I dag har kommunerne på sundhedsområdet ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, genoptræning efter udskrivning fra sygehus, hjemmesygepleje, tandpleje, misbrugsbehandling og børnesundhed. Kommunerne har således i dag en række opgaver, som grænser op til sygehusvæsenet og praksissektoren, og som for mange patienters vedkommende er en del af behandlingsforløbet. Kommunernes indsats i forhold til forebyggelse, genoptræning og på plejeområdet har således sammenhæng med patientens behov for praktiserende læger og sygehusbehandling. Ligeledes har kommunerne ansvaret for langt de fleste borgernære velfærdsområder, som har sammenhæng med sundhedsvæsenet.

Kommunerne medfinansierer sundhedsvæsenet. Medfinansieringen giver kommunerne en tilskyndelse til at holde borgerne raske og ude af specialiserede sygehus tilbud i de tilfælde, hvor opgaven kan løses på et lavere niveau. Det er med regeringsprogrammet tilkendegivet, at regeringen vil øge den kommunale aktivitetsfinansiering af sundhedsvæsenet. Samtidig afskaffes det kommunale grundbidrag. Af aftalen om kommunernes økonomi for 2011 fremgår, at regeringen og KL er enige om at drøfte justeringer af den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet i efteråret 2011.

Kommunernes styrkede rolle på sundhedsområdet giver behov for et mere præcist informationsmæssigt grundlag for at kunne tilrettelægge deres indsats. Siden kommunalreformen har de centrale sundhedsmyndigheder formidlet oplysninger om betalingsstrømmene i forbindelse med den kommunale medfinansiering samt den aktivitet, der ligger til grund for de kommunale betalinger. Denne formidling af samspillet mellem kommuner, regioner og praksissektor foregår via Indenrigs- og Sundhedsministeriets informationssystem (eSundhed).

Endvidere arbejdes der på at udvikle resultatmål for effektive patientforløb. Det sker som led i en ændret styringsdagsorden, hvor fokus i højere grad skal være på de resultater, der giver mere sundhed for pengene. Af aftalen om regionernes økonomi for 2011 fremgår det, at regeringen og Danske Regioner er enige om at sætte fokus på udviklingen af tre indikatorer, således at der sker en øget anvendelse af ambulant behandling, kortere indlæggelsestider og færre uhensigtsmæssige genindlæggelser. Der er enighed om, at der årligt vil blive gjort status for udviklingen i de tre indikatorer samt for de indbyrdes forskelle på regions- og sygehus- og kommunalt niveau.

I forhold til de kommunale sundhedsopgaver er regeringen i samarbejde med KL og Danske Regioner blevet enige om at udvikle et nationalt sæt af indikatorer, som skal skabe et enkelt og overskueligt overblik over den kommunale sundhedsindsats. Indikatorerne skal bidrage til en national monitorering af den kommunale sundhedssektors opgavevaretagelse, herunder effekten af en mere sammenhængende struktur på sundhedsområdet, som er skabt med kommunalreformen. Dermed skabes et mere kvalificeret grundlag for den politiske dialog mellem den kommunale sektor, regionerne og regeringen, samtidig med at kommunerne får et bedre grundlag for at vurdere deres sundhedsindsats, herunder planlægning og prioritering.

Regeringen, KL og Danske Regioner har i alt udvalgt 27 nationale indikatorer, som tilsammen udgør dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde. De valgte indikatorer afdækker udgifter, aktiviteter og resultater på seks kommunale sundhedsområder. Indikatorerne baserer sig primært på eksisterende data fra registre og data fra sideløbende projekter. Ud af de 27 indikatorer er 19 offentliggjort den 18. juni 2010¹. Samtlige indikatorer forventes offentliggjort sommeren 2011. Indikatorerne opdateres som udgangspunkt én gang årligt (primo maj)². Bilag 1 indeholder en oversigt over de 27 indikatorer og året for deres første offentliggørelse.

Regeringen, Danske Regioner og KL er således godt på vej til at etablere dokumentation, der kan understøtte en sammenhængende og målrettet forebyggelsesindsats i kommuner og på tværs af sektorer, jf. tabel 1.1.

Tabel 1.1. Nationale sundhedsoplysninger om kommuner			
	Udgifter	Aktivitet	Resultater
Kommunale sundhedsopgaver	Udgifter fordelt på: <ul style="list-style-type: none"> • Forebyggelse og sundhedsfremme • Genoptræning og vedligeholdelsestræning • Hjemmesygepleje • Alkoholbehandling • Stofmisbrugsbehandling • Sundhedstjeneste for børn og unge 	<ul style="list-style-type: none"> • Forebyggelsestilbud • Genoptræningsplaner • Besøg, ambulante genoptræning • Modtagere af hjemmesygepleje • Besøg af hjemmesygepleje • Personer i behandling for alkoholmisbrug • Personer i behandling for stofmisbrug • Kontakter, sundhedstjeneste 	<ul style="list-style-type: none"> • Andel rygere • Andel, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser • Andel voksne, der er fysisk aktive • Andel borgere, som spiser 600 gram frugt og grønt om dagen • Andel sygehuskontakter på grund af kroniske sygdomme • Antal kronikere • Andel overvægtige børn • Ventetid på genoptræning • Andel forebyggelige indlæggelser hos hjemmesygeplejemodtagere • Andel forebyggelige indlæggelser i plejeboliger • Andel spædbørn, der ammes mere end 4 mdr.
Samspil med sygehussektorer	Aktivitetsbestemt medfinansiering	Somatiske og psykiatriske behandlinger fordelt på: <ul style="list-style-type: none"> • Indlæggelser • Ambulante besøg 	<ul style="list-style-type: none"> • Omfang af akutte genindlæggelser • Kommunal hjemtagning af færdigbehandlede patienter
Samspil med praksissektorer	Aktivitetsbestemt medfinansiering	<ul style="list-style-type: none"> • Besøg hos praktiserende læge 	

Denne pjece præsenterer de første 19 nationale indikatorer i dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde. Det er første gang indikatorerne opgøres. Derfor bør de læses med forbehold. Dokumentationen vil blive forbedret, blandt andet som følge af at kommunerne får mere erfaring med registreringsopgaven, og som følge af at indikatorerne nu offentliggøres. Endvidere skal der ved direkte sammenligninger på tværs af kommunerne tages forbehold for forskelle i både demografiske og socioøkonomiske forhold.

Gennemgangen viser, at der på tværs af kommunerne er betydelig variation på de seks kommunale sundhedsområder. Variationerne kan dække over forskelle i registreringspraksis mv., men kan samtidig indikere, at der ikke umiddelbart er en klar sammenhæng mellem udgiftsniveau og resultater.

¹ For to indikatorer vedrørende kronikere offentliggøres i juni 2010 alene tal for diabetes.

² Der er adgang til data via www.sst.dk og www.dst.dk.

2. Indikatorer på de kommunale sundhedsområder

I det følgende fokuseres på de seks kommunale sundhedsområder, som indgår i dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde. For hvert af de seks områder præsenteres kommunernes opgaver efterfulgt af en introduktion til dokumentationsmodellens nationale indikatorer. I forlængelse heraf vises udvalgte indikatorer opgjort for kommunerne.

2.1. Forebyggelse og Sundhedsfremme

Kommunernes ansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ligger i naturlig forlængelse af og spiller sammen med de øvrige opgaver, som kommunerne varetager. Kommunerne er tæt på borgerne og danner rammen om en stor del af borgernes dagligdag, blandt andet på børneinstitutioner, skoler, kommunale arbejdspladser og i ældreplejen. Det giver kommunerne et afsæt for at løfte de nye opgaver på sundhedsområdet og tænke den forebyggende indsats ind i de institutionelle rammer, som kommunerne har ansvaret for.

Dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde indeholder ni indikatorer, der fokuserer på kommunernes indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme, jf. boks 2.1. Én indikator omhandler, hvor mange økonomiske ressourcer kommunerne bruger på forebyggelse og sundhedsfremme. Én indikator vedrører kommunens aktiviteter på området. Endelig fokuserer i alt syv indikatorer på resultaterne af de iværksatte indsatser vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme. Det drejer sig fx om andelen af borgere i kommunerne, der ryger dagligt, og andelen af borgere som har været i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af udvalgte kroniske sygdomme.

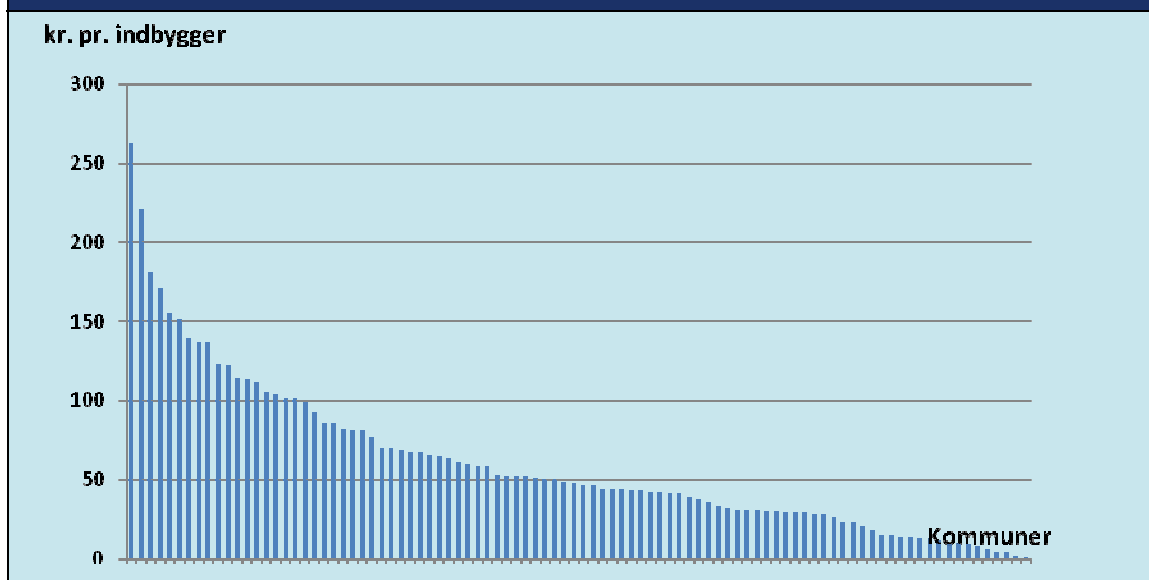
Boks 2.1. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme		
Udgifter	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none">• Nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse pr. indbygger	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke målgrupper har kommunen valgt at indføre konkrete tilbud og aktiviteter for inden for de forskellige indsatsområder?	<ul style="list-style-type: none">• Andel af borgere, der ryger dagligt• Andel af borgere, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser• Andel af den voksne befolkning, der angiver, at de er fysisk aktive• Andel af borgere, som spiser 600 gram frugt og grønt om dagen• Personer, der har haft kontakt til sundhedsvæsenet på grund af udvalgte kroniske sygdomme (procent)• Antal kronikere i kommunen pr. 1.000 indbyggere• Overvægtige børn i alderen 6-16 år (procent)

Langt de fleste indikatorer vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme offentliggøres i 2011. Nedenfor præsenteres derfor alene indikatoren med fokus på kommunernes udgifter på området.

Kommunernes nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse var i 2008 på knap 335 mio. kr. Det svarer til ca. 60 kr. pr. indbygger. Figur 2.1. viser variationen i kommunernes nettodriftsudgifter.

Det bemærkes, at kommunernes kontering af udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse varierer. Det skyldes blandt andet, at opgaverne er tværgående og tilrettelægges på forskellig vis. Samtidig vil sundhedsfremme og forebyggelse ofte være en integreret del af de kommunale kerneopgaver på fx børne- og ældreområdet. Således kan de opgjorte udgifter ikke tages som udtryk for, hvor mange ressourcer kommunerne anvender på sundhedsfremme og forebyggelse.

Figur 2.1. Nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse



Kilde: Danmarks Statistik

Anm: Tal fra 2008. Både konteringen, organiseringen og afgrænsningen af forebyggelse og sundhedsfremme kan variere fra kommune til kommune. Det giver en vis usikkerhed i tallene.

2.2. Genoptræning efter udskrivning

Kommunerne har det samlede ansvar for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Regionerne har driftsansvaret for den specialiserede ambulante genoptræning. Formålet er at levere sammenhængende og effektive træningstilbud af faglig høj kvalitet tæt på borgerens bopæl.

Kommunerne er sammen med regionerne ansvarlige for at tilbyde borgerne sammenhængende og effektive genoptræningstilbud på tværs af sektorer. Kommunerne er også ansvarlige for at tilbyde borgerne sammenhængende træningsforløb. Det betyder blandt andet, at kommunernes tilbud til borgere med behov for både genoptræning og fx vedligeholdelsestræning efter den sociale lovgivning skal tilrettelægges, så borgeren oplever sammenhæng og kontinuitet i indsatsen.

Dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde indeholder fem indikatorer vedrørende kommunernes indsats på genoptræningsområdet, jf. boks 2.2.

Boks 2.2. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende genoptræning efter udskrivning

Udgifter	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none"> • Nettodriftsudgifter til genoptræning og vedligeholdende træning pr. indbygger 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere • Almindelige genoptræningsplaner i forhold til det samlede antal genoptræningsplaner (procent) • Antal besøg vedrørende ambulans genoptræning pr. 1.000 indbyggere 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetid på genoptræning (antal dage)

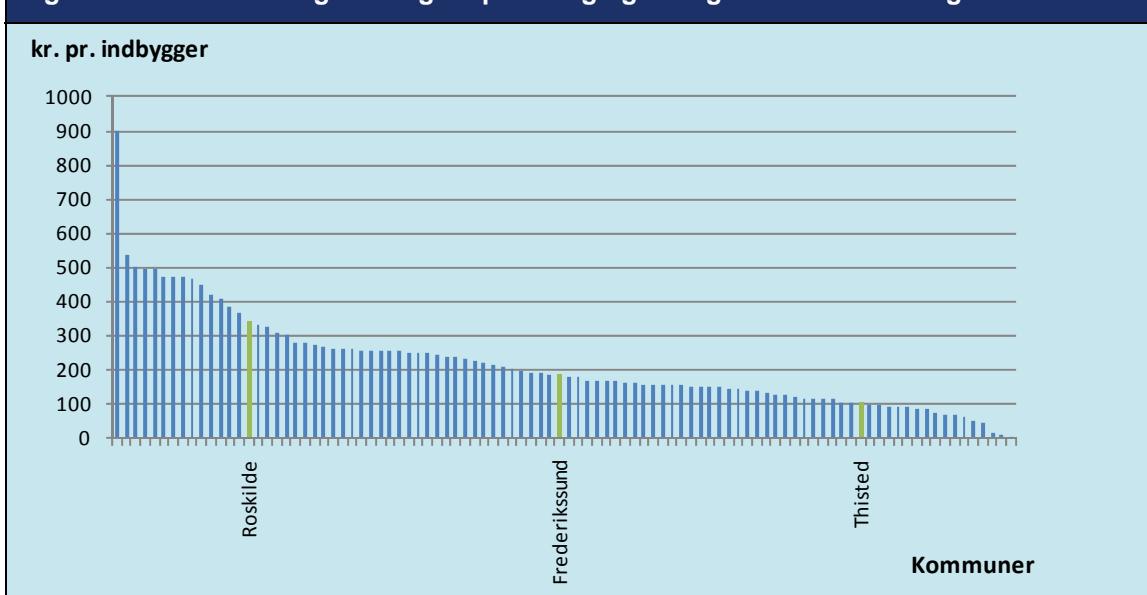
Samtlige indikatorer er offentliggjort den 18. juni 2010. Fire af indikatorerne præsenteres i det nedenstående med fokus på Roskilde Kommune, Frederikssund Kommune og Thisted Kommune.

Det bemærkes, at der ikke tages højde for eventuelle forskelle i kommunernes demografiske forhold.

Kommunernes nettodriftsudgifter til genoptræning og vedligeholdende træning var i 2008 på godt 1,1 mia. kr. Det svarer til ca. 200 kr. pr. indbygger. Der er en vis variation mellem kommunerne, jf. figur 2.2.

Nettodriftsudgifterne i Roskilde Kommune lå i 2008 på omkring 350 kr. pr. indbygger. I Frederikssund Kommune var nettodriftsudgifterne knap 200 kr. pr. indbygger og i Thisted Kommune ca. 100 kr. pr. indbygger.

Figur 2.2. Nettodriftsudgifter til genoptræning og vedligeholdende træning



Kilde: Danmarks Statistik

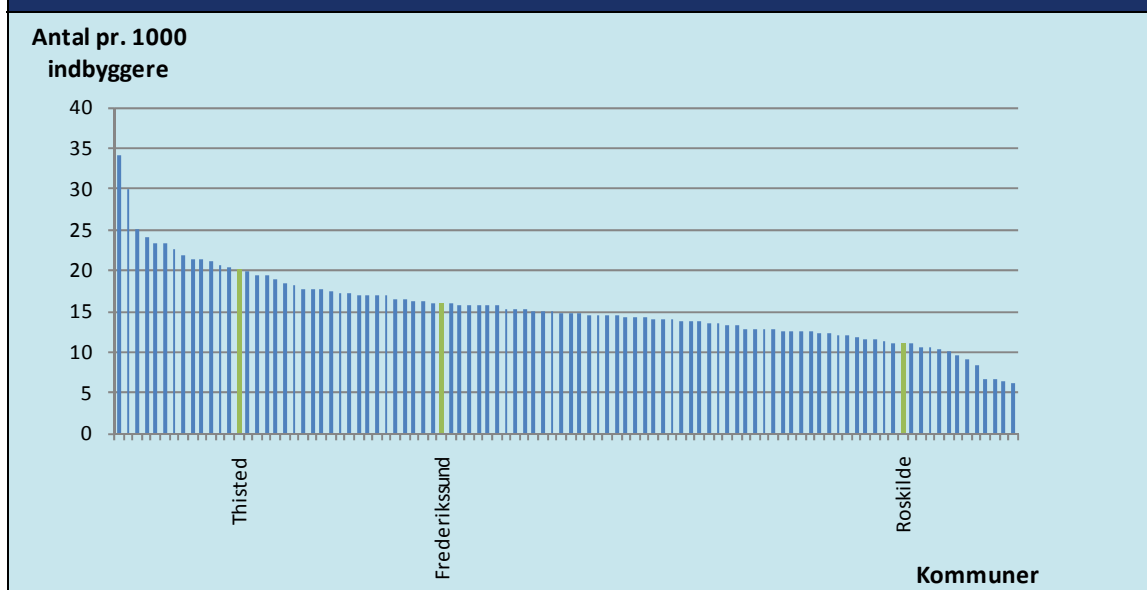
Anm: Tal fra 2008. Det er ikke muligt i den kommunale kontoplan at skelne mellem udgifter til genoptræning og vedligeholdende træning.

Når en borger bliver udskrevet fra et sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, har sygehuset pligt til at udarbejde en genoptræningsplan. Antallet af genoptræningsplaner kan derfor ses som en indikator på behovet for genoptræning i kommunerne. Kommunerne kan kun indirekte påvirke dette.

Antallet af genoptræningsplaner svinger mellem kommunerne. Således var det laveste niveau i 2008 ca. fem planer pr. 1.000 indbyggere, mens det højeste niveau var 20-30 planer pr. 1.000 indbyggere. Behovet for genoptræning var således 4-5 gange højere i nogle kommuner end andre målt på denne indikator. Der knytter sig dog en vis registreringsusikkerhed til antallet af genoptræningsplaner.

Thisted Kommune har i 2008 modtaget ca. 20 genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere. Det tilsvarende tal for Frederikssund Kommune og Roskilde Kommune er henholdsvis 16 og 11.

Figur 2.3. Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere.

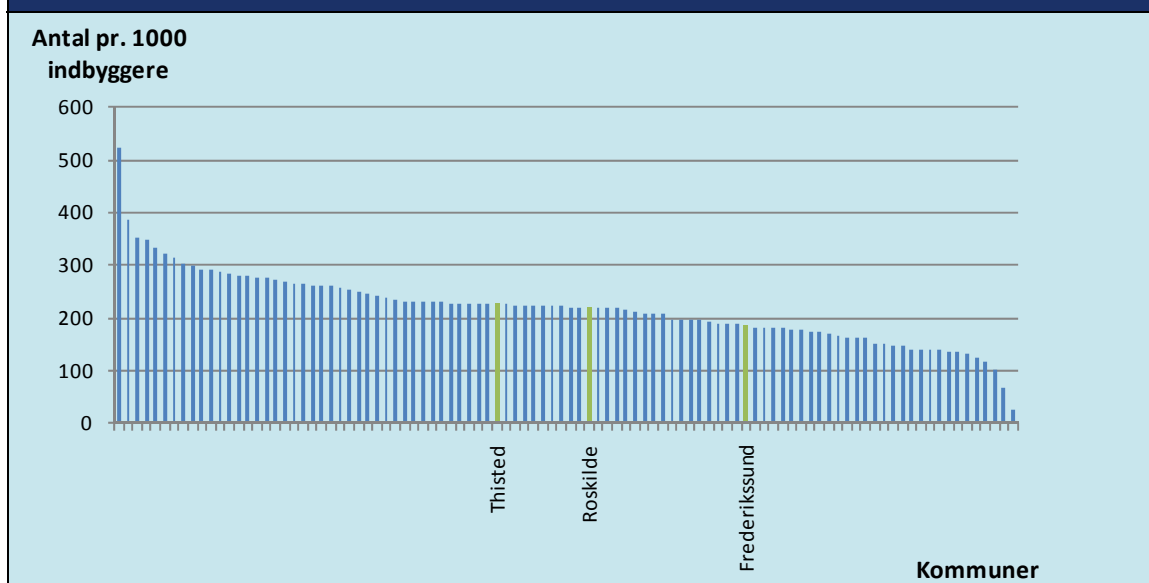


Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm: Tal fra 2008. Når en borger bliver udskrevet fra et sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, har sygehuset pligt til at udarbejde en genoptræningsplan. Genoptræningen kan efter udskrivelse fra sygehuset, enten foregå på sygehuset (specialiseret genoptræning) eller i kommunalt regi (almindelig genoptræning). Kommunerne har derfor kun indirekte muligheder for at påvirke antallet af genoptræningsplaner. Der er en vis registreringsusikkerhed i antallet af genoptræningsplaner blandt andet grundet forskellig registreringspraksis på sygehusene.

Ligeledes varierer omfanget af ambulant genoptræning kommunerne imellem. Kommunerne, der i 2008 gennemførte mest ambulant genoptræning, havde 300-400 besøg vedrørende ambulant genoptræning pr. 1.000 indbyggere, jf. figur 2.4. Heroverfor gennemførte kommunerne med det mindste genoptræningsomfang under 100 besøg pr. 1.000 indbyggere. Både Thisted Kommune og Roskilde Kommune gennemførte ca. 220 besøg pr. 1.000 indbyggere i forbindelse med ambulant genoptræning. I Frederikssund Kommune lå antallet af besøg på knap 200 pr. 1.000 indbyggere.

Figur 2.4. Antal besøg vedrørende ambulante genoptræning.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

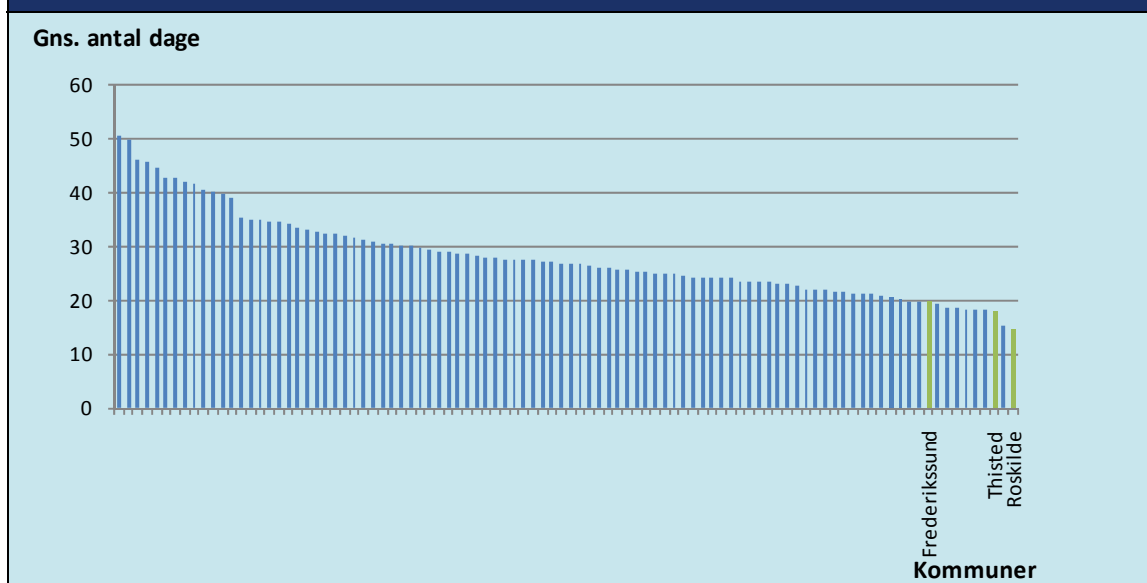
Anm: Tal fra 2008. Antallet af besøg er opgjort for al genoptræning i kommunalt regi samt den genoptræning, der på sygehusene gennemføres af fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Endelig tyder opgørelserne på, at der er forholdsvis stor forskel på, hvor mange dage borgerne i gennemsnit må vente på at komme i gang med almindelig genoptræning, jf. figur 2.5. På tværs af kommunerne ventede borgerne i 2008 gennemsnitligt 28 dage på at komme i gang med et almindeligt genoptræningsforløb. Medianventetiden på tværs af kommunerne er 18 dage. Forskellen på gennemsnittet og medianen indikerer, at forholdsvis få meget lange ventetider medvirker til at trække gennemsnittet op.

I kommunen med den længste gennemsnitlige ventetid i 2008 var ventetiden ca. 50 dage. Ventetiden var kortest i Roskilde Kommune, hvor borgerne i gennemsnit ventede 15 dage på at komme i gang med et almindeligt genoptræningsforløb. Også i Thisted Kommune og i Frederikssund Kommune var den gennemsnitlige ventetid under 20 dage.

Det skal bemærkes, at opgørelsen af ventetid på genoptræning er behæftet med visse usikkerheder, blandt andet som følge af at registreringerne er i en indkøringsfase. Hertil kommer, at de opgjorte ventetider også inkluderer fagligt begrundet ventetid samt ventetid i de tilfælde, hvor borgeren ønsker at udskyde genoptræningen.

Figur 2.5. Gennemsnitligt antal dages ventetid på almindelig genoptræning.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm: Tal fra 2008. Registreringerne og opgørelsesmetoden indebærer, at opgørelsen er forbundet med en vis usikkerhed. Gennemsnitsberegningen påvirkes i nogle tilfælde af 0-dages ventetider og meget lange ventetider, som skyldes registreringsfejl. Registreringspraksis forventes at blive forbedret i de kommende år. Herved bliver tallene mere retvisende.

Figur 2.2.-2.5. giver et indtryk af forskellene i kommunernes indsats på genoptræningsområdet. Samtidig illustreres sammenhængen mellem udgifter og aktivitet for Frederikssund Kommune, Thisted Kommune og Roskilde Kommune. De tre kommuner adskiller sig fra de øvrige kommuner ved en relativ kort gennemsnitlig ventetid på almindelig genoptræning. Samtidig varierer de tre kommuner med hensyn til både netto-driftsudgifter, behov for genoptræning og aktivitet på genoptræningstræningsområdet.

2.3. Hjemmesygepleje

Formålet med den kommunale hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Man har som borger ret til vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvisning.

Hjemmesygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Målet er at skabe mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem, herunder plejebolig mv., hvad enten der er tale om sygdom af midlertidig eller kronisk art, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående, når det ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og social vurdering skønnes forsvarligt.

Dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde indeholder fire indikatorer vedrørende kommunernes indsats på hjemmesygeplejeområdet, jf. boks 2.3.

Boks 2.3. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende hjemmesygepleje		
Udgifter	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none"> • Nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje pr. indbygger 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal modtagere af hjemmesygepleje opdelt på aldersgrupper pr. 1.000 indbyggere • Antal besøg af hjemmesygeplejen pr. måned pr. modtager, opdelt på ydelseskatalog 	<ul style="list-style-type: none"> • Andel forebyggelige indlæggelser af borgere, som modtager hjemmesygepleje

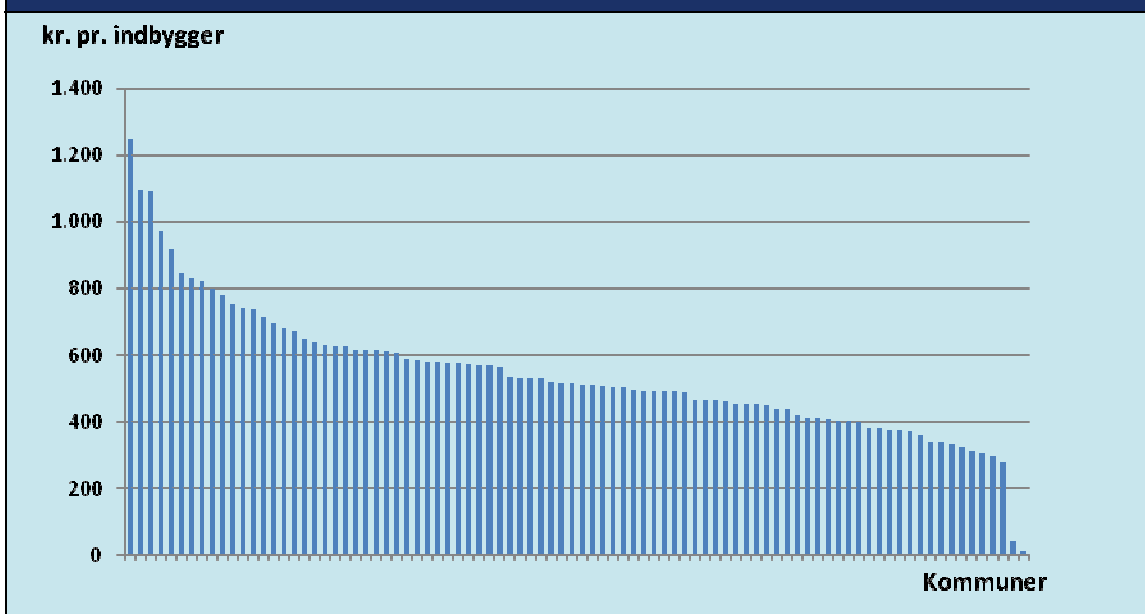
Resultatindikatoren fokuserer på andelen af forebyggelige indlæggelser blandt borgere i kommunen, som modtager hjemmesygepleje. Indikatoren understøtter kommunernes sundhedsfaglige indsats for at undgå, at modtagere af hjemmesygepleje må indlægges og genindlægges på grund af diagnoser, som i vid udstrækning bør kunne forebygges gennem de kommunale hjemmesygeplejeydelser. Det drejer sig fx om indlæggelser på grund af liggesår, dehydrering og fejlernæring.

Forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser er til gavn for borgeren, der bevarer et godt helbred. Det er imidlertid også en fordel for kommunen, som undgår at skulle medfinansiere en uheldsmæssig sygehusindlæggelse. Der er alene offentliggjort tal for indikatoren vedrørende kommunernes udgifter på området den 18. juni 2010.

Det bemærkes, at der ikke tages højde for eventuelle forskelle i kommunernes demografiske forhold.

Kommunernes nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje var i 2008 godt 2,4 mia. kr. Det svarer til knap 440 kr. pr. indbygger. Udgiftsniveauet varierede fra ca. 300 kr. pr. indbygger til godt 1.000 kr. pr. indbygger, jf. figur 2.6.

Figur 2.6. Nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje



Kilde: Danmarks Statistik

Anm: Tal fra 2008. Søndringen mellem hjemmesygepleje og hjemmepleje kan i kommunernes praksis være uklar, hvilket kan påvirke konteringen af udgifter.

2.4. Alkoholmisbrug

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for at tilbyde vederlagsfri, anonym alkoholbehandling til kommunens borgere. Alkoholbehandling foregår i ambulanseregion eller som døgntilbud for alkoholmisbrugere.

Dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde indeholder tre indikatorer vedrørende kommunernes tilbud om behandling for alkoholmisbrug, jf. boks 2.4.

Boks 2.4. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende alkoholmisbrug		
Økonomi	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none">• Nettodriftsudgifter pr. person i alkoholbehandling fordelt på ambulanseregion/døgnbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Personer i behandling for alkoholmisbrug fordelt på ambulanseregion/døgnbehandling (antal personer i behandling pr. 1.000 indbyggere)	<ul style="list-style-type: none">• Årsager til afslutning af behandling for alkoholmisbrug fordelt på andel<ul style="list-style-type: none">○ Færdigbehandlede○ Afsluttet efter eget ønske○ Udeblevet fra behandling○ Død○ Fraflyttet○ Udskrevet til andet tilbud○ Øvrige årsager

Alle indikatorerne er offentliggjort den 18. juni 2010. Dog opgøres indikatorerne ikke opdelt på behandlingstype. I det nedenstående præsenteres indikatorerne med fokus på Roskilde Kommune, Stevns Kommune og Greve Kommune.

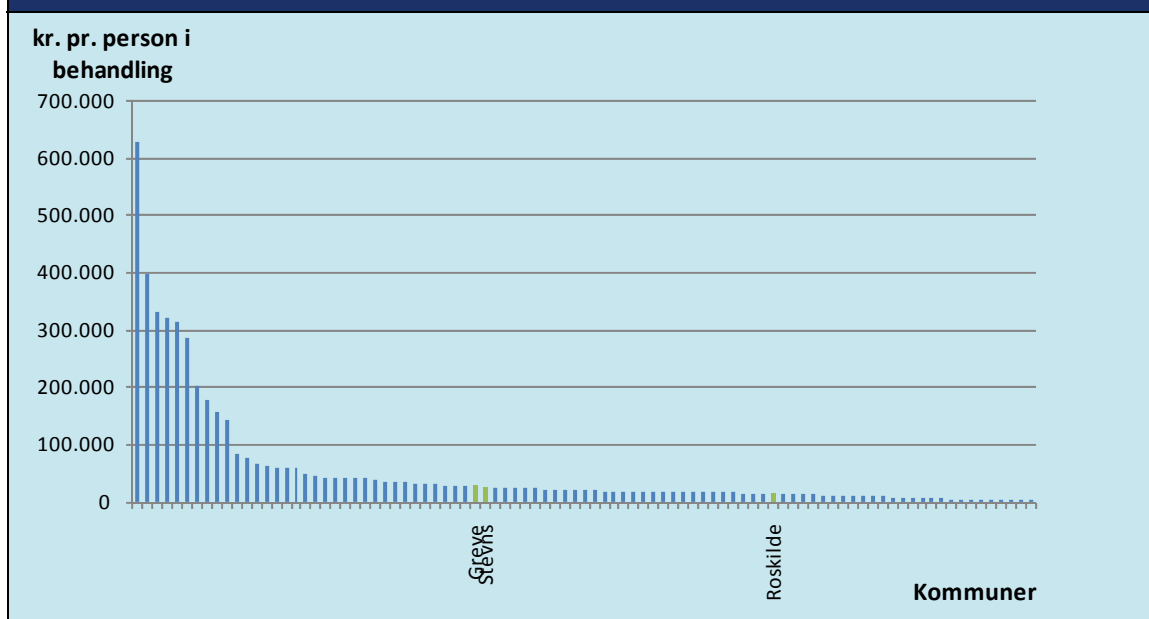
Det bemærkes, at der ikke tages højde for eventuelle forskelle i kommunernes socio-økonomiske forhold.

Kommunernes nettodriftsudgifter til behandling af alkoholmisbrug var i 2008 godt 225 mio. kr. Gennemsnittet på tværs af kommunerne var ca. 18.800 kr. pr. person i alkoholbehandling.

Der er tegnet sig et billede, hvor størstedelen af kommunerne i 2008 havde et udgiftsniveau på under 100.000 kr. pr. person i behandling for alkoholmisbrug, jf. figur 2.7. Samtidig havde en forholdsvis lille gruppe af kommuner større udgifter pr. person i behandling.

I både Greve Kommune, Stevns Kommune og Roskilde Kommune lå nettodriftsudgifterne til alkoholbehandling under 50.000 kr. pr. person i behandling.

Figur 2.7. Nettodriftsudgifter til alkoholbehandling pr. person i behandling.

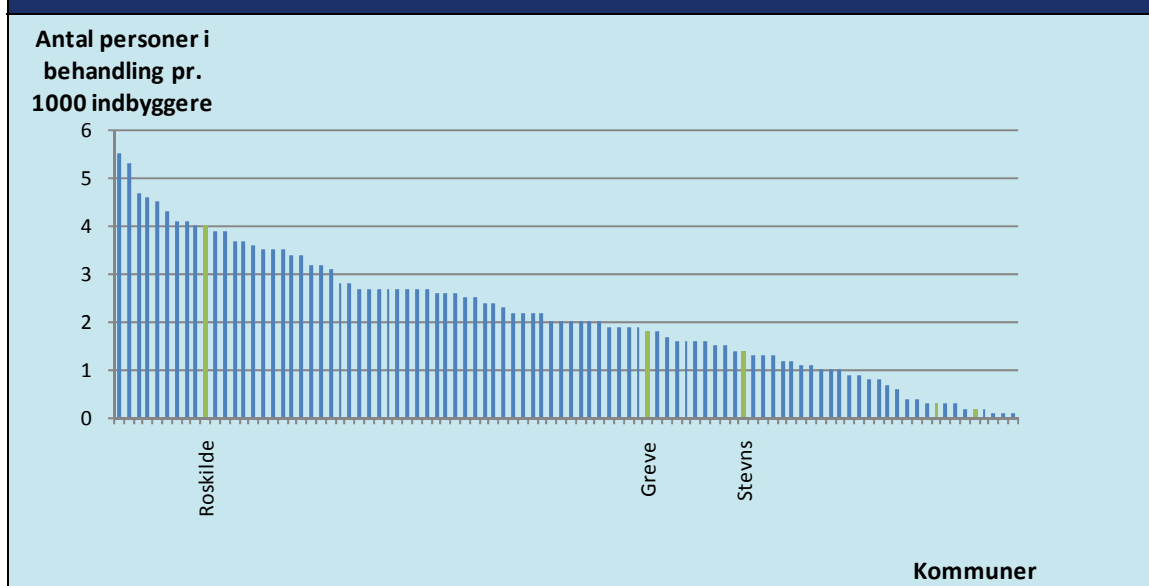


Kilde: Danmarks Statistik

Anm.: I tallene fra 2008 sondres ikke mellem ambulant og døgnbehandling.

Der er også forskel på hvor mange borgere, der er i behandling for alkoholmisbrug i kommunerne, jf. figur 2.8. Kommunerne med størst alkoholbehandlingsaktivitet havde i 2008 fem personer i behandling for alkoholmisbrug pr. 1.000 indbyggere. Andre kommuner havde nærmeste ingen eller meget få personer i alkoholbehandling. Roskilde Kommune havde ca. fire personer i behandling mod alkoholmisbrug pr. 1.000 indbyggere. Det tilsvarende tal for Greve Kommune og Stevns Kommune var henholdsvis ca. 4 og 1,5.

Figur 2.8. Antal borgere i behandling for alkoholmisbrug pr. 1.000 indbyggere.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm.: I tallene fra 2008 sondres ikke mellem ambulant og døgnbehandling.

Figur 2.9. illustrerer andelen af alkoholbehandlingsforløb, der i 2008 blev afsluttet, fordi personen var færdigbehandlet. Andelen var størst i Stevns Kommune, Greve Kommune og Roskilde Kommune, hvor mere end halvdelen af personerne i alkoholbehandling blev færdigbehandlet. Heroverfor var andelen under 10 i kommunerne med den laveste færdigbehandlingsrate.

Figur 2.9. Pct. alkoholbehandlingsforløb, der er afsluttet på grund af færdigbehandling.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm.: Tal fra 2008. Der sondres ikke mellem ambulant og døgnbehandling.

I forhold til behandling af alkoholmisbrug giver figur 2.7-2.9 et indtryk af forskellene i kommunernes indsats. For Roskilde Kommune, Greve Kommune og Stevns Kommune illustreres samtidig sammenhængen mellem udgifter, aktivitet og resultater vedrørende behandling af alkoholmisbrug. De tre kommuner adskiller sig fra de øvrige kommuner ved, at en relativt høj andel af de behandlede alkoholmisbrugere færdigbehandles. Kommunernes nettodriftsudgifter pr. person i behandling for alkoholmisbrug ligger under gennemsnittet, mens der mellem de tre kommuner er en relativt stor spredning i antallet af personer i behandling pr. 1.000 indbyggere. En del af variationen mellem kommunerne kan skyldes forskelle i de socioøkonomiske forhold.

2.5. Stofmisbrug

Kommunerne har ansvaret for den konkrete forebyggelses- og lægelige behandlingsindsats på stofmisbrugsområdet.

Den lægelige behandling af stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofmisbrugere undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget.

Kommunerne tilvejebringer tilbud om lægelig behandling af stofmisbrug ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommuner, regioner eller private institutioner.

Dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde indeholder tre indikatorer vedrørende kommunernes tilbud om stofmisbrugsbehandling, jf. boks 2.5.

Boks 2.5. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende stofmisbrug		
Økonomi	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none"> • Nettodriftsudgifter pr. person fordelt på ambulans/ døgn behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer i behandling for stofmisbrug fordelt på ambulans/ døgn behandling (antal personer i behandling pr. 1.000 indbyggere) 	<ul style="list-style-type: none"> • Årsager til afslutning af behandling for stofmisbrug fordelt på andel <ul style="list-style-type: none"> ○ Færdigbehandlede ○ Afsluttet efter eget ønske ○ Udeblevet fra behandling ○ Død ○ Fraflyttet ○ Udskrevet til andet tilbud ○ Øvrige årsager

Alle indikatorerne er offentliggjort den 18. juni 2010. I det nedenstående præsenteres indikatorerne med fokus på Rødovre Kommune, Allerød Kommune og Ringsted Kommune.

Det bemærkes, at der ikke tages højde for eventuelle forskelle i kommunernes socio-økonomiske forhold.

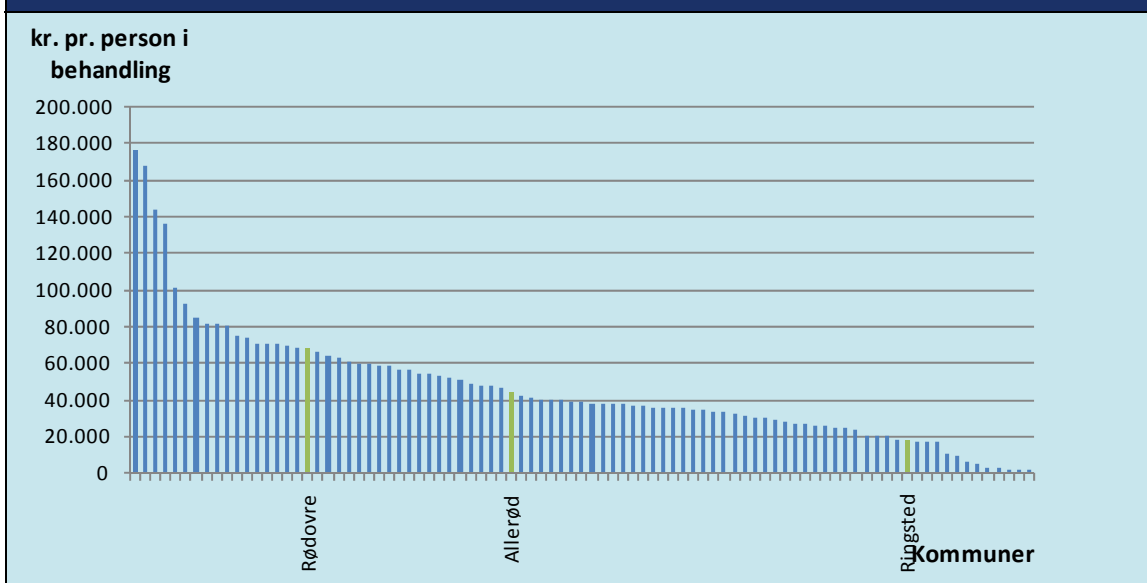
Kommunernes samlede nettodriftsudgifter til ambulans stofmisbrugsbehandling var i 2008 godt 516 mio. kr. Gennemsnitligt blev der på tværs af kommunerne brugt ca. 40.000 kr. pr. person i ambulans behandling. Der var forskel på, hvor mange økonomiske ressourcer kommunerne brugte på opgaven, jf. figur 2.10a. Kommunerne med det højeste udgiftsniveau til ambulans stofmisbrugsbehandling brugte over 140.000 kr. pr. person i behandling, mens nettodriftsudgifterne i andre kommuner var mindre end 20.000 kr. pr. person.

Rødovre Kommune brugte godt 60.000 kr. pr. person i ambulans behandling mod stofmisbrug. I Allerød Kommune var udgifterne til ambulans behandling godt 40.000 kr. pr. person i behandling. Det tilsvarende beløb var mindre end 20.000 kr. i Ringsted Kommune.

Med hensyn til nettodriftsudgifter til døgnbehandling af stofmisbrugere brugte kommunerne i alt godt 227 mio. kr. På tværs af kommunerne var nettodriftsudgifterne til døgnbehandling ca. 170.000 kr. pr. person i behandling. Variationen mellem kommunerne fremgår af figur 2.10b. Det ses, at kommunerne med de højeste udgifter brugte ca. 500.000 kr. pr. person i døgnbehandling, mens niveauet var under 100.000 kr. for kommunerne med det laveste udgiftsniveau.

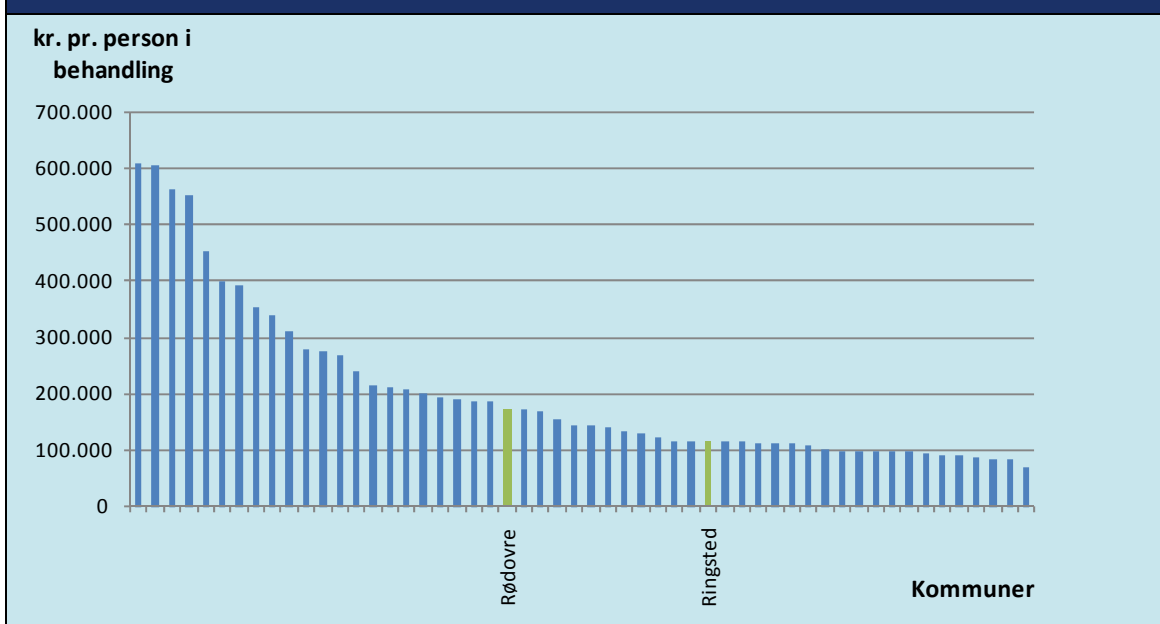
Udgifterne til døgnbehandling var i både Rødovre Kommune og Ringsted Kommune mindre end 200.000 kr. pr. person i stofmisbrugsbehandling. Allerød Kommune havde ingen stofmisbrugere i døgnbehandling og derfor ikke udgifter til døgnbehandling.

Figur 2.10a. Nettodriftsudgifter pr. person i stofmisbrugsbehandling, ambulante.



Kilde: Danmarks Statistik
Anm.: Tal fra 2008.

Figur 2.10b. Nettodriftsudgifter pr. bruger til behandling af stofmisbrug, døgnbehandling.



Kilde: Danmarks Statistik
Anm.: Tal fra 2008.

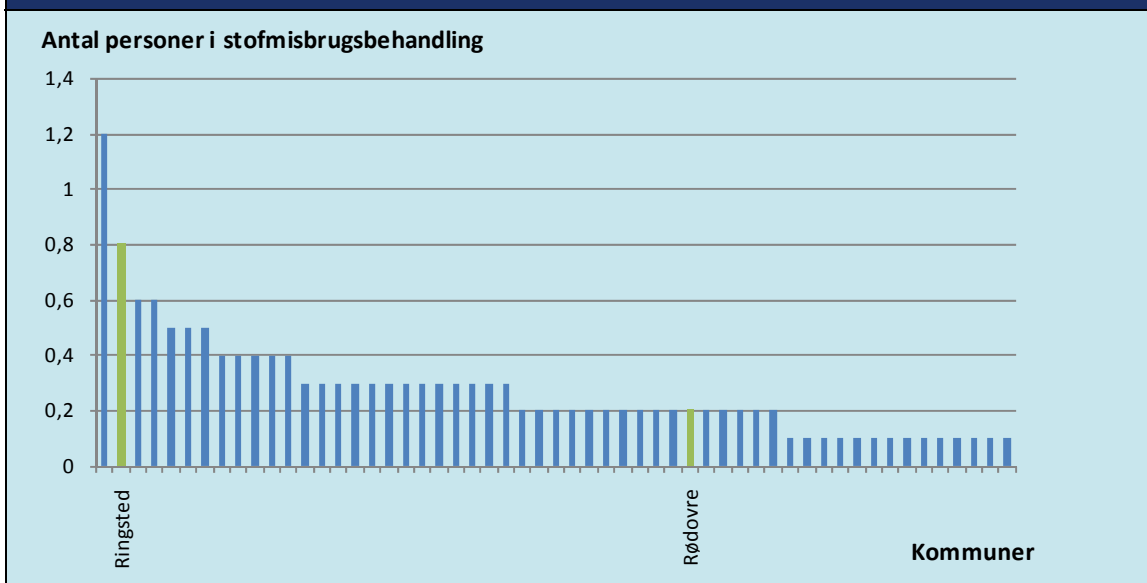
Der er forskel på hvor mange personer, der er i henholdsvis ambulante og døgnbehandling for stofmisbrug i kommunerne. I 2008 havde kommunerne med størst ambulante stofmisbrugsbehandlingsaktivitet 4-5 personer i behandling mod stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne med mindst aktivitet havde ca. 0,5 personer i stofmisbrugsbehandling pr. 1.000 indbyggere.

Både Ringsted Kommune og Rødovre Kommune havde ca. 2,5 personer i ambulante stofmisbrugsbehandling pr. 1.000 indbyggere. I Allerød Kommune lå antallet af personer i ambulante stofmisbrugsbehandling under 0,5 pr. 1.000 indbyggere.

I forhold til antallet af borgere i døgnbehandling for stofmisbrug havde kommunerne med højest aktivitet mere end seks personer i døgnbehandling pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne med den laveste aktivitet havde mindre end 0,5 personer i døgnbehandling pr. 1.000 indbyggere.

I Ringsted Kommune var ca. 0,8 personer i døgnbehandling på grund af stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere, mens ca. 0,2 personer modtog døgnbehandling pr. 1.000 indbyggere i Rødovre Kommune. Allerød Kommune havde ingen borgere i døgnbehandling for stofmisbrug.

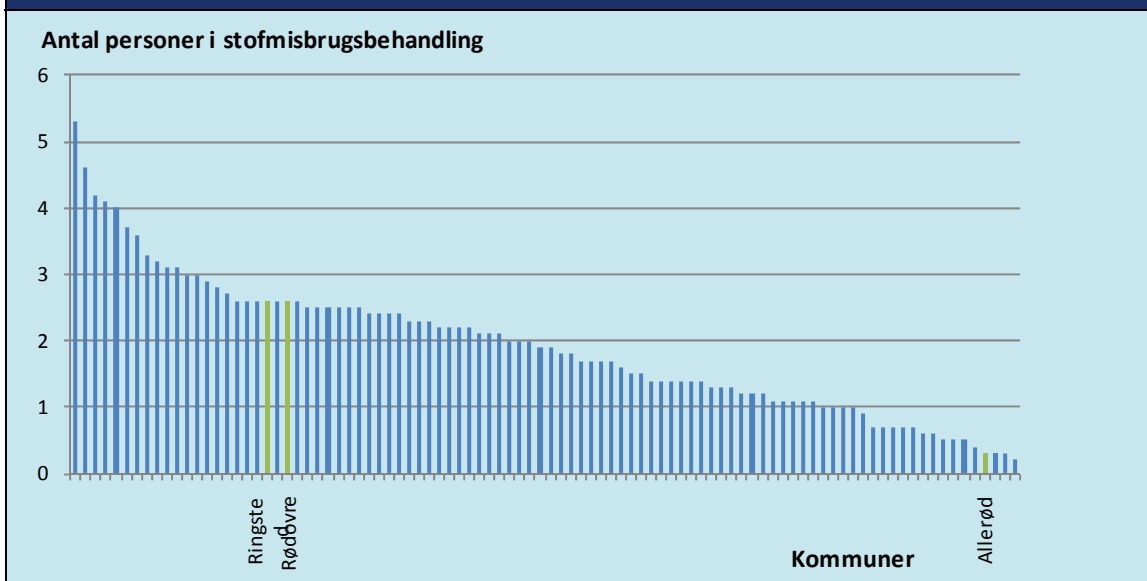
Figur 2.11a. Personer i ambulantly behandling for stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm.: Tal fra 2008. Tallene kan være påvirket af overgangen til et nyt indberetningssystem.

Figur 2.11b. Personer i behandling for stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere.

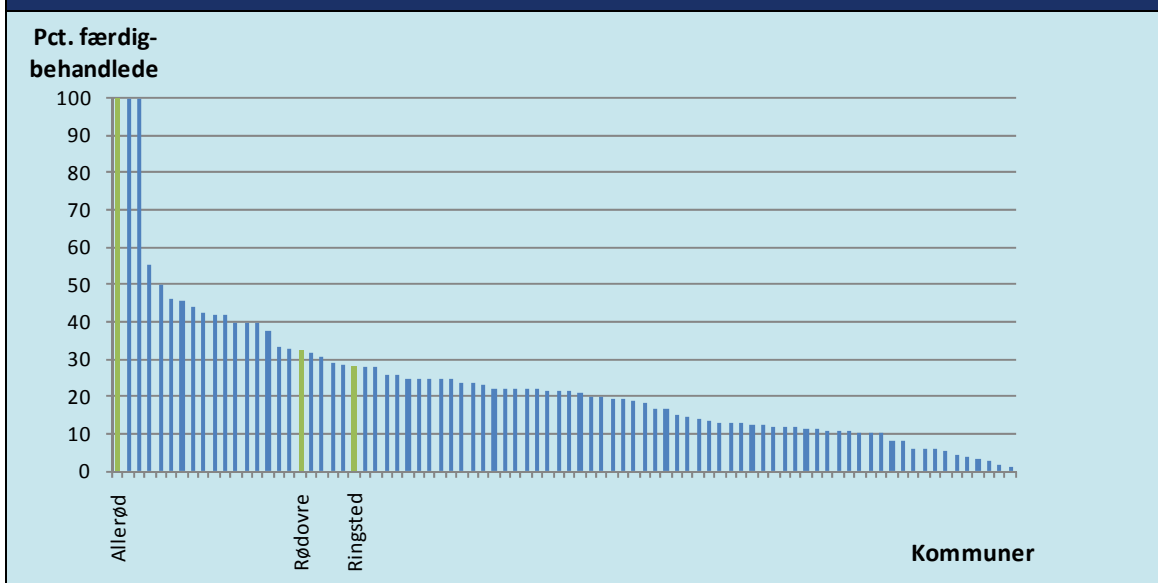


Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm.: Tal fra 2008. Tallene kan være påvirket af overgangen til et nyt indberetningssystem.

Resultaterne af indsatsen på stofmisbrugsområdet er her målt som andelen af personer, der er blevet færdigbehandlet og således ikke er afsluttet på grund af eksempelvis udeblivelse fra behandling. Jf. figur 2.12 var andelen i 2008 størst i Allerød Kommune, hvor alle personer blev færdigbehandlet. Heroverfor blev mindre end 10 pct. af personerne i stofmisbrugsbehandling færdigbehandlet i kommunerne med den laveste færdigbehandlingsrate. I både Rødovre Kommune og Ringsted Kommune blev omkring 30 pct. af de misbrugere, der modtog behandling, færdigbehandlet.

Figur 2.12. Pct. behandlinger for stofmisbrug, der afsluttes på grund af færdigbehandling.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Anm.: Tal fra 2008. Tallene kan være påvirket af overgangen til et nyt indberetningssystem. Der sondres ikke mellem ambulante og døgnbehandling.

Samlet set giver figur 2.10.-2.12. et indtryk af forskelle i kommunernes udgifter, aktiviteter og resultater vedrørende behandling af stofmisbrug. Samtidig illustreres sammenhængen mellem udgifter, aktivitet og resultater for Rødovre Kommune, Allerød Kommune og Ringsted Kommune. De tre kommuner adskiller sig fra de øvrige kommuner ved, at en relativt høj andel af de behandlede stofmisbrugere færdigbehandles. De tre kommuner varierer med hensyn til nettodriftsudgifter til henholdsvis ambulante og døgnbehandling samt antallet af personer i henholdsvis ambulante og døgnbehandling. En del af variationen mellem kommunerne kan skyldes forskelle i de socioøkonomiske forhold.

2.6. Børnesundhed

De kommunale opgaver vedrørende børnesundhed omfatter frem til undervisningspligtens ophør gratis forebyggende børneundersøgelser og sundhedsvejledning hos den kommunale sundhedstjeneste, som blandt andet består af sundhedsplejersker og kommunallæge.

Sundhedsplejersken tilser primært børn i hjemmet i barnets første leveår. I den mellemtilgængelige periode frem til skolestart er kontakten med sundhedsplejersken behovsbestemt.

Børn og unge i den undervisningspligtige alder skal tilbydes såvel undersøgelser som sundhedssamtaler ved en læge eller sundhedsplejerske i forbindelse med ind- og udskoling. I den mellemliggende periode tilbydes regelmæssige undersøgelser (fx syn, hørelse, højde og vægt) og sundhedssamtaler ved sundhedsplejerske om almen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse og supplerende undersøgelser af og vejledning til børn og unge med særlige behov ved sundhedsplejerske og/eller læge.

Fire af indikatorerne i dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde vedrører kommunernes indsats på børnesundhedsområdet, jf. boks 2.6.

Boks 3.6. Dokumentationsmodellens indikatorer vedrørende børnesundhed.		
Udgifter	Aktiviteter	Resultater
<ul style="list-style-type: none"> Gennemsnitlige netto-driftsudgifter til kommunal sundhedstjeneste for børn og unge i alderen 0-16 år pr. 0-16-årig 	<ul style="list-style-type: none"> Kontakter med sundhedstjenesten for 0-årige. 	<ul style="list-style-type: none"> Spædbørn, der ammes i mere end fire måneder efter fødslen (i procent) Overvægtige børn i alderen 6-16 år (procent)

De fire indikatorer er offentliggjort den 18. juni 2010. Det har dog kun været muligt at opgøre indikatorerne for henholdsvis aktiviteter og resultater for et begrænset antal kommuner. Derfor præsenteres alene indikatoren for økonomi i det nedenstående.

Kommunernes nettodriftsudgifter til den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge i alderen 0-16 år var i 2008 knap 771 mio. kr. Gennemsnitligt blev der på tværs af kommunerne omkring brugt ca. 670 kr. til kommunal sundhedstjeneste pr. 0-16-årig. Kommunerne med de højeste udgifter brugte op imod 1.000 kr. pr. 0-16-årig, mens kommunerne med de laveste udgifter brugte ca. 400 kr. pr. 0-16-årig jf. figur 2.13.

Figur 2.13. Nettodriftsudgifter til kommunal sundhedstjeneste for børn og unge i alderen 0-16 år pr. 0-16-årig.



Kilde: Danmarks Statistik
Anm.: Tal fra 2008.

3. Konklusion

Udbredelse af bedste praksis handler i høj grad om at gøre brug af den eksisterende viden om, hvordan de gode resultater kan skabes via ændrede metoder, arbejdsgange, forløb og lignende. Fokus på bedste praksis er dermed et vigtigt redskab til at forbedre indsatsen og anvende de samlede ressourcer mere effektivt.

Kommunernes styrkede rolle på sundhedsområdet betyder, at behovet for national dokumentation af de gode resultater på sundhedsområdet i høj grad også gælder den kommunale indsats.

Opgørelse af indikatorerne i den kommunale dokumentationsmodel på sundhedsområdet kan bidrage til udbredelsen af bedste praksis. Ved at gøre data tilgængelig i et samlet overblik får kommunerne et bedre grundlag for at sætte fokus på udvalgte områder og vurdere deres egen sundhedsindsats, prioritering og planlægning i forhold til sammenlignelige kommuner. De ansatte på de forskellige kommunale sundhedsområder får således grundlag for at stille spørgsmål, fremsætte ideer til at blive bedre og lære af andres gode erfaringer.

I år opgøres og offentliggøres 19 ud af i alt 27 indikatorer for første gang. Eftersom det er første gang tallene opgøres, bør de læses med forbehold. Data baserer sig hovedsageligt på kommunernes egne registreringer, og det er forventningen, at registreringskvaliteten forbedres i takt med at tallene offentliggøres og dermed finder bredere anvendelse. Endvidere skal der ved direkte sammenligninger på tværs af kommunerne tages forbehold for forskelle i både demografiske og socioøkonomiske forhold.

Indikatorerne i den kommunale dokumentationsmodel på sundhedsområdet skal ses i sammenhæng med de tværsektorielle oplysninger, som udspringer både af den kommunale medfinansiering og udviklingen af mål for effektive patientforløb.

Regeringen, Danske Regioner og KL er således godt på vej til at etablere dokumentation, der kan understøtte en sammenhængende og målrettet forebyggelsesindsats i kommunerne og på tværs af sektorer. Det kan bidrage til en ændret styringsdagsorden, hvor fokus i højere grad er på de resultater, der giver mere sundhed for pengene.

Næste sommer forventes alle indikatorerne i den kommunale dokumentationsmodel på sundhedsområdet at være offentliggjort. Til den tid vil det være muligt at følge kommunerne på tværs af økonomi, aktivitet og resultater indenfor seks hovedområder i den kommunale sundhedsindsats.

Bilag

Bilag 1. Oversigt over dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde			
Indsatsområde	Input	Output	Effekt
Forebyggelse og sundhedsfremme	1.1 Nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse pr. indbygger	1.2 <i>Hvilke målgrupper har kommunen valgt at indføre konkrete tilbud og aktiviteter for, inden for de forskellige indsatsområder?</i>	1.3 <i>Andel af borgere, der ryger dagligt</i>
			1.4 <i>Andel af borgere, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser</i>
			1.5 <i>Andel af den voksne befolkning, der angiver, at de er fysisk aktive</i>
			1.6 <i>Andel af borgere, som spiser 600 gram frugt og grønt om dagen</i>
			1.7 <i>Andel af borgere i kommunen, der har haft kontakt med sygehusvæsenet på grund af udvalgte kroniske sygdomme (i 2010 alene diabetes)</i>
			1.8 <i>Antal kronikere i kommunen pr. 1.000 indbyggere (i 2010 alene diabetikere)</i>
Genoptræning efter udskrivning	2.1 Nettodriftsudgifter til genoptræning og vedligeholdende træning pr. indbygger	2.2 <i>Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere</i>	2.5 <i>Antal dages ventetid på at komme i gang med genoptræningsforløb</i>
		2.3 <i>Fordeling af genoptræningsplaner i procent (almindelig/specialiseret)</i>	
		2.4 <i>Antal fysiske kontakter pr. 1.000 indbyggere (vedrørende ambulante genoptræning)</i>	
Hjemmesygepleje	3.1 Nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje pr. indbygger	3.2 <i>Antal modtagere af hjemmesygepleje pr. 1.000 indbyggere</i>	3.4 <i>Andel forebyggelige indlæggelser af borgere som modtager hjemmesygepleje</i>
		3.3 <i>Antal besøg af hjemmesygeplejen pr. måned pr. modtager, opdelt på ydelseskatalog</i>	
Alkoholmisbrug	4.1 Gennemsnitlige nettodriftsudgifter pr. person i behandling fordelt på alkoholbehandlingstyper	4.2 <i>Antal personer i behandling for alkoholmisbrug pr. 1.000 indbyggere fordelt på behandlingstyper</i>	4.3 <i>Andel af årsager til afslutning af behandling for alkoholmisbrug</i>
Stofmisbrug	5.1 Gennemsnitlige nettodriftsudgifter pr. person i behandling fordelt på stofbehandlingstyper	5.2 <i>Antal personer i behandling for stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere fordelt på behandlingstype</i>	5.3 <i>Andel af årsager til afslutning af behandling for stofmisbrug</i>
Børnesundhed	6.1 Nettodriftsudgifter til kommunal sundhedstjeneste for børn og unge i alderen 0-16 år pr. 0-16årige	6.2 <i>Gennemsnitlige antal kontakter med sundhedstjenesten til børn i alderen 0-1 år.</i>	6.3 <i>Andel af spædbørn der ammes i mere end fire måneder efter fødslen</i>

Anm.: De kursiverede indikatorer offentliggøres først i sommeren 2011.