

REFERAT Sundhedsudvalget 2007-2021 d. 12-05-2015

Mødedato Tirsdag d. 12. maj 2015 kl. 00:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Referat - Åben.....	3
Referat med bilag - Åben.....	20

Punkt 1: Referat - Åben

Referat

Sundhedsudvalget

Ordinært møde

Dato	12. maj 2015
Tid	15:30
Sted	ML 0.28
NB.	
Fraværende	Ingen
Stedfortræder	
Medlemmer	Anders Broholm (V) - Formand Irene Hjortshøj (A) Brian Kjær (A) Kenneth Bergen (A) Kristina Frandsen (V) Flemming Rasmussen (DF) Jytte Høyrup (V)



Indholdsfortegnelse

	Side
1. Status på medfinansiering 30.04.15	4
2. Budgetoplæg 2016 - Sundhedsudvalget	5
3. Tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose	6
4. Orientering om afslutning af senhjerneskadeprojektet	9
5. Opfølgning på statusmøde med de frivillige d. 13.4.215	12
6. Orientering om Bæredygtigt Børneområde – herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning ..	14
7. Udvalgsformanden orienterer	15
Underskrifter:	16

Bilagsfortegnelse

Punkt nr.	Dok.nr.	Tilgang	Titel
1	76852/15	Åben	Medfinansieringsudgifter pr. 30.04.15.pdf
3	59734/15	Åben	Sundhedsaftale om osteoporose marts 2015
4	70160/15	Åben	Hjerneskadepjece
4	70159/15	Åben	Poster til international kongres

1. Status på medfinansiering 30.04.15

Åben sag

Sagsfremstilling

Hermed fremsendes til Udvalgets orientering, oversigt over udviklingen på betaling til den aktivitetsbestemte medfinansiering og finansiering af de Regionale sundhedsudgifter.

Vedhæftede bilag viser udgiftsudviklingen for 4 måneder, i forhold til det periodiserede budget.

Der ses pt. et netto merforbrug på ca. 6,2 mio. kr. i forhold til det periodiserede budget.

På mødet vil der blive fremlagt en gennemgang af de elementer der danner beregningsgrundlaget for de opkrævninger som modtages fra Regionen.

Gæst: Tom Friberg fra Center for Økonomi og Personale

Sagsnr: 15/16207
Forvaltning: cøp
Sbh: bohn
Besl. komp: SUU

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller orienteringen til drøftelse.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Drøftet og taget til efterretning.

Bilag

Medfinansieringsudgifter pr. 30.04.15.pdf (dok.nr.76852/15)

2. Budgetoplæg 2016 - Sundhedsudvalget

Åben sag

Sagsfremstilling

Sundhedsudvalgets budgetoplæg for 2016 indeholder en videreførelse af de vedtagne besparelser/omstillinger fra budgetlægningen 2015 hvor der, iht. til økonomiudvalgets beslutning, er indregnet en generel produktivitetsstigning på 1 % i alle udvalg fra og med 2016.

Sagsnr: 15/16285
Forvaltning: cøp
Sbh: bohn
Besl. komp: SUU

For Sundhedsudvalget budgetområde er der således indregnet en produktivitetsstigning svarende til en budgetnedskrivning på ca. 1,2 mio. kr. i 2016, og ligeledes i overslagsårene (fra 2017 og frem).

De indregnede besparelser/omstillinger i 2015 blev effektueret ud fra følgende strategi:

"at gøre borgerne i stand til at mestre eget liv og blive selvhjulpne, - dette betyder at borgere, der kan selv, skal selv. Dette gælder for de borgere, der har et potentiale for at vinde eller genvinde evnen til at mestre funktioner og færdigheder."

"at øge produktiviteten i forhold til opgaveløsningen i den øvrige drift"

Med afsæt i kommunens sundhedspolitik og den overordnede strategi, har forvaltningen, på baggrund af Sundhedsudvalgets beslutning d. 7 april 2015, udarbejdet et administrativt oplæg med forslag til, hvilke indsatsområder der kunne medvirke til at opnå den indregnede produktivitetsstigning svarende til en budgetnedskrivning på ca. 1,2 mio. kr. i 2016.

Det administrative oplæg præsenteres på mødet.

Indstilling

Direktøren for Social og Sundhed indstiller budget 2016 til drøftelse.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Drøftelsen fortsætter i næste møde.

3. Tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose

Åben sag

Sagsfremstilling

Resumé

Som led i Økonomiaftalen for 2014 har parterne ønsket at få indgået en Sundhedsaftale om Osteoporose.

Sagsnr: 15/14373
Forvaltning: CSP
Sbh: mskr
Besl. komp: SUU

Sundhedskoordinationsudvalget har i 2010 godkendt en sundhedsaftale på området, men grundet manglende finansiering på det regionale område, blev aftalen ikke effektueret. Aftalen er nu opdateret, og drøftet med PLO-Nordjylland (praktiserende lægers organisation), der kan godkende aftalen i den form, den nu foreligger.

Den Administrative Styregruppe for Sundhedsaftalen har på møde den 5. marts 2015 godkendt, at Sundhedsaftalen om Osteoporose fremsendes til kommunerne til generel tilslutning.

Aftalen forelægges nu Sundhedsudvalget til beslutning om tilslutning med virkning fra 1. maj 2015.

Sagen er forinden hørt i Ældrerådet og Handicaprådet.

Sagsfremstilling

Som led i Økonomiaftalen for 2014 er der både i regionalt og kommunalt regi øremærket ressourcer til borgernære tilbud. På den baggrund har kommunerne i Nordjylland og regionen ønsket at få implementeret aftalen på osteoporoseområdet.

Det er denne sundhedsaftales mål – på baggrund af faglige anbefalinger – at sikre en tværsektorielt sammenhængende og styrket indsats for patienter med osteoporose og herigennem forebygge brud.

Region Nordjylland har i 2015 prioriteret midler til indsatsen, både den medicinske behandling og i form af øget scannerkapacitet. PLO-Nordjylland har vurderet og kommenteret aftalen og vurderer, at som aftalen nu foreligger, er det en opgave, der er omfattet af overenskomsten.

Osteoporose er en folkesygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og knoglemæssige forandringer, der medfører øget skørhed i knoglerne og øget risiko for knoglebrud. I Region Nordjylland var der i 2013 knap 800 hoftebrud hos borgere over 65 år, der kan tilskrives Osteoporose, og i tillæg dertil er der ca. 700 underarmsbrud og ca. 200 kompressionsbrud, der også kan tilskrives Osteoporose. Knoglebruddene rammer især ældre mennesker, hvor det kan have alvorlige konsekvenser.

Sundhedsaftalen om Osteoporose indeholder en række faglige anbefalinger til den

tværsektorielle indsats. Opgavefordelingen er tydelig beskrevet, og det vurderes derfor ikke, at der er behov for yderligere beskrivelser.

Opfølgning og monitorering på Osteoporoseaftalen anbefales integreret i de generelle aftaler og tiltag, der forventes at blive iværksat ifølge Sundhedsaftalen 2015-2018.

Kommunale opgaver

Kommunernes konkrete opgave i forbindelse med aftalen er - efter henvisning fra almen praksis - at give borgeren KRAM tilbud (vejledning om kost, rygning, alkohol og motion) samt faldforebyggelse.

Kommunerne i regionen fastlægger som udgangspunkt selv serviceniveauet i forhold til antallet af tilbud og kvaliteten af tilbuddene overfor borgerne og patienterne i kommunen. Med aftalen kan det dog forventes, at Frederikshavn Kommune vil få flere borgere til de ydelser kommunen allerede har indenfor rygestop, kostvejledning, ballancehold. Der bør derfor være fokus på ressourcerne til området.

Med det øgede fokus, der vil blive på Osteoporose, vil der formentlig komme flere kommunale genoptræningsforløb for borgere med denne diagnose. Dette forventes dog, at kunne opveje en nedgang i antallet af borgere med brud grundet Osteoporose.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Indstillingen godkendt, idet Handicaprådet bifalder, at aftalen nu kommer endeligt på plads.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådets (ÆR) høringssvar:

ÆR tilslutter sig social- og sundhedsdirektørens indstilling om tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget godkender Frederikshavn Kommunes tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Godkendt.

Bilag

Sundhedsaftale om osteoporose marts 2015 (dok.nr.59734/15)

4. Orientering om afslutning af senhjerneskadeprojektet

Åben sag

Sagsfremstilling

Senhjerneskadeprojektet har løbet i perioden 2012 til januar 2015. Projektet er nu afsluttet og målene er indfriet.

Projektets formål har været at kompetenceudvikle nøglemedarbejdere på senhjernesgadeområdet i hele Frederikshavn Kommune. Alle aktiviteterne i projektet, har tilsammen løftet hjernesgadeindsatsen i Frederikshavn Kommune på alle områder, lige fra den direkte træning og pleje af borgerne, til styrkede samarbejdsrelationer mellem forskellige afdelinger i Kommunen.

Frederikshavn Kommune vil inden for den eksisterende økonomiske ramme, bestræbe sig på at opretholde og styrke det opnåede kompetenceløft, og det opbyggede netværk blandt nøglemedarbejderne på området.

De næste år skal bruges på implementere den nye viden, nøglemedarbejderne har erhvervet sig gennem uddannelsesforløbet. Der er påbegyndt et arbejde, med at lave procedure for træning på hjernesgadeområdet, ud fra de nationale kliniske retningslinjer og best practice på området.

I det følgende gives en orientering, om de overordnede aktiviteter og resultater i projektet.

Kompetenceudvikling

På professionsuddannelsesniveau har 29 nøglemedarbejdere i form af fysioterapeuter, ergoterapeuter, pædagoger og sygeplejersker som arbejder med rehabilitering af borgere med hjerneskade gennemført diplomuddannelse i neurorehabilitering, samt 1 nøglemedarbejder fra Visitationsenheden. Dette har været en del af det tværkommunale nordjyske uddannelsesprogram på hjernesgadeområdet.

På SOSU-niveau har 41 nøglemedarbejdere fra ældreplejen og 12 nøglemedarbejdere Jobcentret deltaget i kurser, som har været afholdt i Frederikshavn med deltagere fra Hjørring Kommune.

Nøglemedarbejderne på professionsuddannelsesniveau giver udtryk for, at de er blevet fagligt stærkere til at vurdere og behandle funktionsnedsættelser hos borgere med erhvervet hjerneskade. Der er blevet dannet højtspecialiserede neuroteams på træningscentre som forstår genoptræningen af hjerneskade borgere med behov for avanceret genoptræning. Dette har givet et fagligt kvalitetsløft, og medført mere målrettede og effektive genoptræningsforløb.

På SOSU-området giver nøglemedarbejderne udtryk for, at kompetenceudviklingen har givet dem et større fokus og konkrete værktøjer til plejen af senhjerneskadede borgere.

Nøglemedarbejderne har løbende videreformidlet den opnåede viden til kolleger både i egen afdeling og i andre afdelinger f.eks. gennem faglig sparring, diskussioner og oplæg. Samtidig har de naturligvis anvendt viden, i det daglige arbejde med borgere med hjerneskade.

Samarbejde med Hjørring Kommune

Sagsnr: 11/8499
Forvaltning: CSP
Sbh: mank
Besl. komp: SUU

I projektet er der i oktober 2012, igangsat samarbejde med Hjørring Kommune om i undervisning på afasiområdet. Dette samarbejde fortsættes, idet der er opnået gode resultater ved, at de enkelte forløb er rykket tættere på borgeren, og koordineringen med den ergoterapeutiske træning er forbedret.

Forløbsbeskrivelse for borgere med senhjerneskade

I et samarbejde mellem medarbejdere fra visitationen og træningsområdet er der udarbejdet en forløbsbeskrivelse, som nøje beskriver en hjerneskadet borgers vej igennem det kommunale system. Forløbsbeskrivelsen og implementeringen af denne, har givet bedre koordinerede forløb på tværs af Kommunen.

I forbindelse med udarbejdelse af forløbsbeskrivelsen, er der blevet udarbejdet informationsmateriale (pjece, se bilag 1) om rehabilitering og tilbud i Frederikshavn Kommune, som bliver uddelt til alle nye borgere med hjerneskade, som Frederikshavn Kommune kommer i kontakt med.

Dysfagiprojekt

I forskningsprojektet om dysfagi, har der være fokus på identifikation og behandling af borgere med dysfagi (fejlsynkning). I netop dette projekt har Frederikshavn Kommune styrket sin indsats på et område, som mange borgere med hjerneskade lider af.

Store dele af Center for Sundhed og Plejes personale er blevet undervist i dysfagi, hvorigennem der er blevet skabt opmærksomhed på et problem, som tidligere har været overset. Derved kan der nu i større grad laves forbyggende tiltag herunder reduktion i indlæggelser pga. gentagende lungebetændelser.

Dysfagiprojektet har givet et godt tværsektorielt samarbejde mellem Frederikshavn Kommune og Sygehus Vendsyssel, samt et godt tværkommunalt samarbejde med Hjørring Kommune. De 3 parter skal sammen deltage i en international konference om Dysfagi (se bilag 2).

Susanne Thaarup deltager på mødet for at præsentere sagen.

Sagen sendes til orientering i Handicapråd og Ældreråd.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Taget til efterretning, idet Handicaprådet formoder, at opkvalificeringen fortsætter, når der kommer nye medarbejdere ind, så viden ikke tabes.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller at hhv. Socialudvalget og Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 6. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

Bilag

Hjerneskadepjece (dok.nr.70160/15)

Poster til international kongres (dok.nr.70159/15)

5. Opfølgning på statusmøde med de frivillige d. 13.4.215

Åben sag

Sagsfremstilling

Der gives i det følgende en kort orientering om statusmødet for frivillige, der blev afholdt d. 13.4.2015 på Rådhuscentet. Der deltog ca. 60 personer i alt i mødet. Statusmødet er det første møde af sin art, der afholdes i relation til "Politik for frivilligt socialt arbejde"

Sagsnr: 15/15417
Forvaltning: CSÆ
Sbh: mank
Besl. komp: SUU

Sundhedsudvalgsformand Anders Broholm indledte mødet, hvorefter områdeleder Susanne Thaarup gav en præsentation af formålet med statusmøderne. Her blev det brede frivillighedsbegreb drøftet, samt hvordan det sikres at invitationen til et sådan arrangement tilgår så mange relevante frivillige som muligt.

Efter præsentationen blev deltagerne fordelt i 5 grupper, hvor man valgte sig ind på 1 af de 5 fælles pejlemærker fra "Politik for frivilligt socialt arbejde":

- Samskabelse
- Relationer
- Fællesskab
- Klare rammer
- Synlighed

I grupperne var der en dialog om, hvad der forstås ved netop det pejlemærke, samt om konkrete udfordringer og ønsker i relation til pejlemærket. I dialogen blev der præsenteret igangværende tiltag og aktiviteter, samt udtrykt ønsker til tiltag og aktiviteter i Kommunen.

Gruppearbejdet gav anledning til god dialog. Der blev samlet op i plenum.

Efter pausen valgte deltagerne en ny gruppe, og dialogen fortsatte med efterfølgende opsamling i plenum.

På mødet fremkom flere idéer til samarbejde, bl.a. idéen om, et stort årlig event for frivillige, hvor de enkelte frivillige foreninger og andre med tilknytning til de frivillige foreninger, kan mødes og præsentere netop deres arbejde.

Sagen sendes til orientering i Handicaprådet og Ældrerådet.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Taget til efterretning.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 6. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning, idet udvalget henstiller til, at der sættes mere fokus på området.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

6. Orientering om Bæredygtigt Børneområde – herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning

Åben sag

Sagsnr: 14/22006
Forvaltning: CFA
Sbh: loiv
Besl. komp: SOU

Sagsfremstilling

Den 1. august 2015 træder organiseringen Bæredygtigt Børneområde i kraft i Frederikshavn Kommune. Organiseringen er besluttet af Børne- og Ungdomsudvalget i efteråret 2014.

Antallet af børn i Frederikshavn Kommune falder, og ønsket om at sikre kvalitetsudvikling samtidig med at kommunen er økonomisk presset kalder på nye løsninger. Der etableres derfor en ny struktur på Skole-, Dagstilbuds og Familieområdet, der skal understøtte dette.

På mødet gives en kort orientering om Bæredygtigt Børneområde - herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning og sammenhængen med KL's seneste anbefalinger til fremtidens sundhedspleje.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

7. Udvalgsformanden orienterer

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning.

Lukket sag

Sagsnr: 14/219

Forvaltning: LS

Sbh: bepd

Besl. komp: SUU

Punkt

oplæst og godkendt.

Mødet hævet kl.

Underskrifter:

Anders Broholm

Irene Hjortshøj

Brian Kjær

Kenneth Bergen

Kristina Frandsen

Flemming Rasmussen

Jytte Høyrup

Punkt 2: Referat med bilag - Åben

Referat

Sundhedsudvalget

Ordinært møde

Dato	12. maj 2015
Tid	15:30
Sted	ML 0.28
NB.	
Fraværende	Ingen
Stedfortræder	
Medlemmer	Anders Broholm (V) - Formand Irene Hjortshøj (A) Brian Kjær (A) Kenneth Bergen (A) Kristina Frandsen (V) Flemming Rasmussen (DF) Jytte Høyrup (V)



Indholdsfortegnelse

	Side
1. Status på medfinansiering 30.04.15	4
2. Budgetoplæg 2016 - Sundhedsudvalget	5
3. Tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose	6
4. Orientering om afslutning af senhjerneskadeprojektet	9
5. Opfølgning på statusmøde med de frivillige d. 13.4.215	12
6. Orientering om Bæredygtigt Børneområde – herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning ..	14
7. Udvalgsformanden orienterer	15
Underskrifter:	16

Bilagsfortegnelse

Punkt nr.	Dok.nr.	Tilgang	Titel
1	76852/15	Åben	Medfinansieringsudgifter pr. 30.04.15.pdf
3	59734/15	Åben	Sundhedsaftale om osteoporose marts 2015
4	70160/15	Åben	Hjerneskadepjece
4	70159/15	Åben	Poster til international kongres

1. Status på medfinansiering 30.04.15

Åben sag

Sagsfremstilling

Hermed fremsendes til Udvalgets orientering, oversigt over udviklingen på betaling til den aktivitetsbestemte medfinansiering og finansiering af de Regionale sundhedsudgifter.

Vedhæftede bilag viser udgiftsudviklingen for 4 måneder, i forhold til det periodiserede budget.

Der ses pt. et netto merforbrug på ca. 6,2 mio. kr. i forhold til det periodiserede budget.

På mødet vil der blive fremlagt en gennemgang af de elementer der danner beregningsgrundlaget for de opkrævninger som modtages fra Regionen.

Gæst: Tom Friberg fra Center for Økonomi og Personale

Sagsnr: 15/16207
Forvaltning: cøp
Sbh: bohn
Besl. komp: SUU

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller orienteringen til drøftelse.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Drøftet og taget til efterretning.

Bilag

Medfinansieringsudgifter pr. 30.04.15.pdf (dok.nr.76852/15)

2. Budgetoplæg 2016 - Sundhedsudvalget

Åben sag

Sagsfremstilling

Sundhedsudvalgets budgetoplæg for 2016 indeholder en videreførelse af de vedtagne besparelser/omstillinger fra budgetlægningen 2015 hvor der, iht. til økonomiudvalgets beslutning, er indregnet en generel produktivitetsstigning på 1 % i alle udvalg fra og med 2016.

Sagsnr: 15/16285
Forvaltning: cøp
Sbh: bohn
Besl. komp: SUU

For Sundhedsudvalget budgetområde er der således indregnet en produktivitetsstigning svarende til en budgetnedskrivning på ca. 1,2 mio. kr. i 2016, og ligeledes i overslagsårene (fra 2017 og frem).

De indregnede besparelser/omstillinger i 2015 blev effektueret ud fra følgende strategi:

"at gøre borgerne i stand til at mestre eget liv og blive selvhjulpne, - dette betyder at borgere, der kan selv, skal selv. Dette gælder for de borgere, der har et potentiale for at vinde eller genvinde evnen til at mestre funktioner og færdigheder."

"at øge produktiviteten i forhold til opgaveløsningen i den øvrige drift"

Med afsæt i kommunens sundhedspolitik og den overordnede strategi, har forvaltningen, på baggrund af Sundhedsudvalgets beslutning d. 7 april 2015, udarbejdet et administrativt oplæg med forslag til, hvilke indsatsområder der kunne medvirke til at opnå den indregnede produktivitetsstigning svarende til en budgetnedskrivning på ca. 1,2 mio. kr. i 2016.

Det administrative oplæg præsenteres på mødet.

Indstilling

Direktøren for Social og Sundhed indstiller budget 2016 til drøftelse.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Drøftelsen fortsætter i næste møde.

3. Tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose

Åben sag

Sagsfremstilling

Resumé

Som led i Økonomiaftalen for 2014 har parterne ønsket at få indgået en Sundhedsaftale om Osteoporose.

Sagsnr: 15/14373
Forvaltning: CSP
Sbh: mskr
Besl. komp: SUU

Sundhedskoordinationsudvalget har i 2010 godkendt en sundhedsaftale på området, men grundet manglende finansiering på det regionale område, blev aftalen ikke effektueret. Aftalen er nu opdateret, og drøftet med PLO-Nordjylland (praktiserende lægers organisation), der kan godkende aftalen i den form, den nu foreligger.

Den Administrative Styregruppe for Sundhedsaftalen har på møde den 5. marts 2015 godkendt, at Sundhedsaftalen om Osteoporose fremsendes til kommunerne til generel tilslutning.

Aftalen forelægges nu Sundhedsudvalget til beslutning om tilslutning med virkning fra 1. maj 2015.

Sagen er forinden hørt i Ældrerådet og Handicaprådet.

Sagsfremstilling

Som led i Økonomiaftalen for 2014 er der både i regionalt og kommunalt regi øremærket ressourcer til borgernære tilbud. På den baggrund har kommunerne i Nordjylland og regionen ønsket at få implementeret aftalen på osteoporoseområdet.

Det er denne sundhedsaftales mål – på baggrund af faglige anbefalinger – at sikre en tværsektorielt sammenhængende og styrket indsats for patienter med osteoporose og herigennem forebygge brud.

Region Nordjylland har i 2015 prioriteret midler til indsatsen, både den medicinske behandling og i form af øget scannerkapacitet. PLO-Nordjylland har vurderet og kommenteret aftalen og vurderer, at som aftalen nu foreligger, er det en opgave, der er omfattet af overenskomsten.

Osteoporose er en folkesygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og knoglemæssige forandringer, der medfører øget skørhed i knoglerne og øget risiko for knoglebrud. I Region Nordjylland var der i 2013 knap 800 hoftebrud hos borgere over 65 år, der kan tilskrives Osteoporose, og i tillæg dertil er der ca. 700 underarmsbrud og ca. 200 kompressionsbrud, der også kan tilskrives Osteoporose. Knoglebruddene rammer især ældre mennesker, hvor det kan have alvorlige konsekvenser.

Sundhedsaftalen om Osteoporose indeholder en række faglige anbefalinger til den

tværsektorielle indsats. Opgavefordelingen er tydelig beskrevet, og det vurderes derfor ikke, at der er behov for yderligere beskrivelser.

Opfølgning og monitorering på Osteoporoseaftalen anbefales integreret i de generelle aftaler og tiltag, der forventes at blive iværksat ifølge Sundhedsaftalen 2015-2018.

Kommunale opgaver

Kommunernes konkrete opgave i forbindelse med aftalen er - efter henvisning fra almen praksis - at give borgeren KRAM tilbud (vejledning om kost, rygning, alkohol og motion) samt faldforebyggelse.

Kommunerne i regionen fastlægger som udgangspunkt selv serviceniveauet i forhold til antallet af tilbud og kvaliteten af tilbuddene overfor borgerne og patienterne i kommunen. Med aftalen kan det dog forventes, at Frederikshavn Kommune vil få flere borgere til de ydelser kommunen allerede har indenfor rygestop, kostvejledning, ballancehold. Der bør derfor være fokus på ressourcerne til området.

Med det øgede fokus, der vil blive på Osteoporose, vil der formentlig komme flere kommunale genoptræningsforløb for borgere med denne diagnose. Dette forventes dog, at kunne opveje en nedgang i antallet af borgere med brud grundet Osteoporose.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Indstillingen godkendt, idet Handicaprådet bifalder, at aftalen nu kommer endeligt på plads.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådets (ÆR) høringssvar:

ÆR tilslutter sig social- og sundhedsdirektørens indstilling om tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget godkender Frederikshavn Kommunes tilslutning til Sundhedsaftale om Osteoporose.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Godkendt.

Bilag

Sundhedsaftale om osteoporose marts 2015 (dok.nr.59734/15)

4. Orientering om afslutning af senhjerneskadeprojektet

Åben sag

Sagsfremstilling

Senhjerneskadeprojektet har løbet i perioden 2012 til januar 2015. Projektet er nu afsluttet og målene er indfriet.

Projektets formål har været at kompetenceudvikle nøglemedarbejdere på senhjerneskaedområdet i hele Frederikshavn Kommune. Alle aktiviteterne i projektet, har tilsammen løftet hjerneskaadeindsatsen i Frederikshavn Kommune på alle områder, lige fra den direkte træning og pleje af borgerne, til styrkede samarbejdsrelationer mellem forskellige afdelinger i Kommunen.

Frederikshavn Kommune vil inden for den eksisterende økonomiske ramme, bestræbe sig på at opretholde og styrke det opnåede kompetenceløft, og det opbyggede netværk blandt nøglemedarbejderne på området.

De næste år skal bruges på implementere den nye viden, nøglemedarbejderne har erhvervet sig gennem uddannelsesforløbet. Der er påbegyndt et arbejde, med at lave procedure for træning på hjerneskaedområdet, ud fra de nationale kliniske retningslinjer og best practice på området.

I det følgende gives en orientering, om de overordnede aktiviteter og resultater i projektet.

Kompetenceudvikling

På professionsuddannelsesniveau har 29 nøglemedarbejdere i form af fysioterapeuter, ergoterapeuter, pædagoger og sygeplejersker som arbejder med rehabilitering af borgere med hjerneskaade gennemført diplomuddannelse i neurorehabilitering, samt 1 nøglemedarbejder fra Visitationsenheden. Dette har været en del af det tværkommunale nordjyske uddannelsesprogram på hjerneskaedområdet.

På SOSU-niveau har 41 nøglemedarbejdere fra ældreplejen og 12 nøglemedarbejdere Jobcentret deltaget i kurser, som har været afholdt i Frederikshavn med deltagere fra Hjørring Kommune.

Nøglemedarbejderne på professionsuddannelsesniveau giver udtryk for, at de er blevet fagligt stærkere til at vurdere og behandle funktionsnedsættelser hos borgere med erhvervet hjerneskaade. Der er blevet dannet højtspecialiserede neuroteams på træningscentre som forstår genoptræningen af hjerneskaade borgere med behov for avanceret genoptræning. Dette har givet et fagligt kvalitetsløft, og medført mere målrettede og effektive genoptræningsforløb.

På SOSU-området giver nøglemedarbejderne udtryk for, at kompetenceudviklingen har givet dem et større fokus og konkrete værktøjer til plejen af senhjerneskaadede borgere.

Nøglemedarbejderne har løbende videreformidlet den opnåede viden til kolleger både i egen afdeling og i andre afdelinger f.eks. gennem faglig sparring, diskussioner og oplæg. Samtidig har de naturligvis anvendt viden, i det daglige arbejde med borgere med hjerneskaade.

Samarbejde med Hjørring Kommune

Sagsnr: 11/8499
Forvaltning: CSP
Sbh: mank
Besl. komp: SUU

I projektet er der i oktober 2012, igangsat samarbejde med Hjørring Kommune om i undervisning på afasiområdet. Dette samarbejde fortsættes, idet der er opnået gode resultater ved, at de enkelte forløb er rykket tættere på borgeren, og koordineringen med den ergoterapeutiske træning er forbedret.

Forløbsbeskrivelse for borgere med senhjerneskade

I et samarbejde mellem medarbejdere fra visitationen og træningsområdet er der udarbejdet en forløbsbeskrivelse, som nøje beskriver en hjerneskadet borgers vej igennem det kommunale system. Forløbsbeskrivelsen og implementeringen af denne, har givet bedre koordinerede forløb på tværs af Kommunen.

I forbindelse med udarbejdelse af forløbsbeskrivelsen, er der blevet udarbejdet informationsmateriale (pjece, se bilag 1) om rehabilitering og tilbud i Frederikshavn Kommune, som bliver uddelt til alle nye borgere med hjerneskade, som Frederikshavn Kommune kommer i kontakt med.

Dysfagiprojekt

I forskningsprojektet om dysfagi, har der være fokus på identifikation og behandling af borgere med dysfagi (fejlsynkning). I netop dette projekt har Frederikshavn Kommune styrket sin indsats på et område, som mange borgere med hjerneskade lider af.

Store dele af Center for Sundhed og Plejes personale er blevet undervist i dysfagi, hvorigennem der er blevet skabt opmærksomhed på et problem, som tidligere har været overset. Derved kan der nu i større grad laves forbyggende tiltag herunder reduktion i indlæggelser pga. gentagende lungebetændelser.

Dysfagiprojektet har givet et godt tværsektorielt samarbejde mellem Frederikshavn Kommune og Sygehus Vendsyssel, samt et godt tværkommunalt samarbejde med Hjørring Kommune. De 3 parter skal sammen deltage i en international konference om Dysfagi (se bilag 2).

Susanne Thaarup deltager på mødet for at præsentere sagen.

Sagen sendes til orientering i Handicapråd og Ældreråd.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Taget til efterretning, idet Handicaprådet formoder, at opkvalificeringen fortsætter, når der kommer nye medarbejdere ind, så viden ikke tabes.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller at hhv. Socialudvalget og Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 6. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

Bilag

Hjerneskadepjece (dok.nr.70160/15)

Poster til international kongres (dok.nr.70159/15)

5. Opfølgning på statusmøde med de frivillige d. 13.4.215

Åben sag

Sagsfremstilling

Der gives i det følgende en kort orientering om statusmødet for frivillige, der blev afholdt d. 13.4.2015 på Rådhuscentet. Der deltog ca. 60 personer i alt i mødet. Statusmødet er det første møde af sin art, der afholdes i relation til "Politik for frivilligt socialt arbejde"

Sagsnr: 15/15417
Forvaltning: CSÆ
Sbh: mank
Besl. komp: SUU

Sundhedsudvalgsformand Anders Broholm indledte mødet, hvorefter områdeleder Susanne Thaarup gav en præsentation af formålet med statusmøderne. Her blev det brede frivillighedsbegreb drøftet, samt hvordan det sikres at invitationen til et sådan arrangement tilgår så mange relevante frivillige som muligt.

Efter præsentationen blev deltagerne fordelt i 5 grupper, hvor man valgte sig ind på 1 af de 5 fælles pejlemærker fra "Politik for frivilligt socialt arbejde":

- Samskabelse
- Relationer
- Fællesskab
- Klare rammer
- Synlighed

I grupperne var der en dialog om, hvad der forstås ved netop det pejlemærke, samt om konkrete udfordringer og ønsker i relation til pejlemærket. I dialogen blev der præsenteret igangværende tiltag og aktiviteter, samt udtrykt ønsker til tiltag og aktiviteter i Kommunen.

Gruppearbejdet gav anledning til god dialog. Der blev samlet op i plenum.

Efter pausen valgte deltagerne en ny gruppe, og dialogen fortsatte med efterfølgende opsamling i plenum.

På mødet fremkom flere idéer til samarbejde, bl.a. idéen om, et stort årlig event for frivillige, hvor de enkelte frivillige foreninger og andre med tilknytning til de frivillige foreninger, kan mødes og præsentere netop deres arbejde.

Sagen sendes til orientering i Handicaprådet og Ældrerådet.

Beslutning Ældrerådet den 27. april 2015

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Beslutning Handicaprådet den 27. april 2015

Taget til efterretning.

Fraværende: Dorte Svendsen og stedfortræder samt Jørgen Tousgaard og stedfortræder.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 6. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning, idet udvalget henstiller til, at der sættes mere fokus på området.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

6. Orientering om Bæredygtigt Børneområde – herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning

Åben sag

Sagsnr: 14/22006
Forvaltning: CFA
Sbh: loiv
Besl. komp: SOU

Sagsfremstilling

Den 1. august 2015 træder organiseringen Bæredygtigt Børneområde i kraft i Frederikshavn Kommune. Organiseringen er besluttet af Børne- og Ungdomsudvalget i efteråret 2014.

Antallet af børn i Frederikshavn Kommune falder, og ønsket om at sikre kvalitetsudvikling samtidig med at kommunen er økonomisk presset kalder på nye løsninger. Der etableres derfor en ny struktur på Skole-, Dagstilbuds og Familieområdet, der skal understøtte dette.

På mødet gives en kort orientering om Bæredygtigt Børneområde - herunder betydningen for sundhedsplejens opgaveløsning og sammenhængen med KL's seneste anbefalinger til fremtidens sundhedspleje.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Taget til efterretning.

7. Udvalgsformanden orienterer

Beslutning Sundhedsudvalget den 12. maj 2015

Orienteringen taget til efterretning.

Lukket sag

Sagsnr: 14/219

Forvaltning: LS

Sbh: bepd

Besl. komp: SUU

Punkt

oplæst og godkendt.

Mødet hævet kl.

Underskrifter:

Anders Broholm

Irene Hjortshøj

Brian Kjær

Kenneth Bergen

Kristina Frandsen

Flemming Rasmussen

Jytte Høyrup

Bilag: 1.1. Medfinansieringsudgifter pr. 30.04.15.pdf

Udvalg: Sundhedsudvalget

Mødedato: 12. maj 2015 - Kl. 15:30

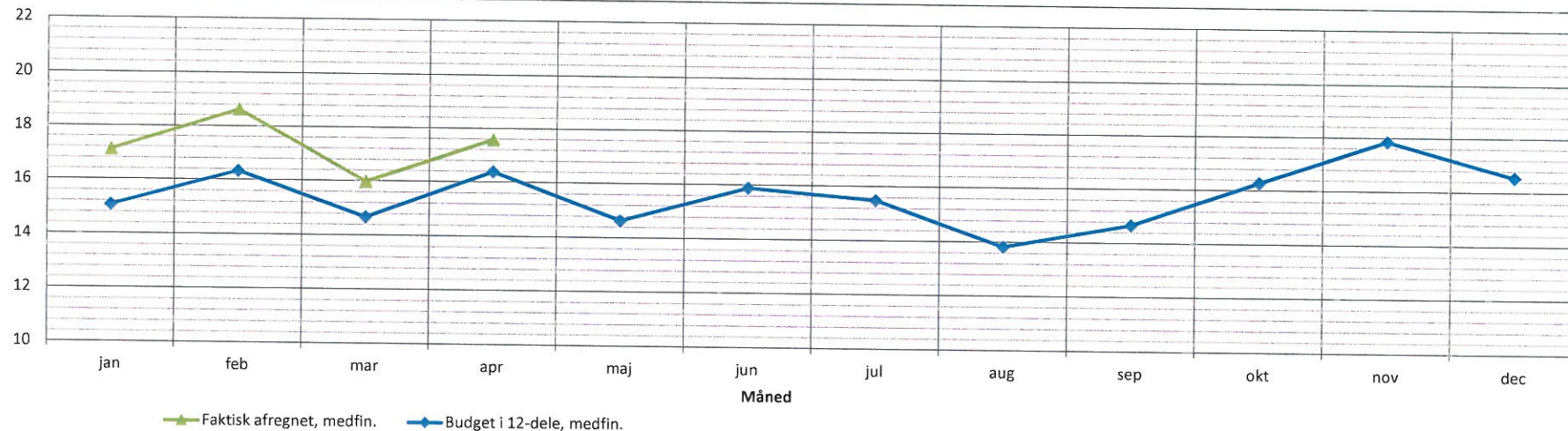
Adgang: Åben

Bilagsnr: 76852/15

Medfinansiering af sygehusudgifterne Frederikshavn Kommune

Faktisk afregnet contra budget 2015 (bogføringsår)

Mio. kr.



År 2015
Budget i 12-dele, medfin.
Budget, år til dato
Faktisk afregnet, medfin.
Faktisk afregnet, år til dato
Budget/forbrug år til dato

jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Total
15.054.361	16.325.867	14.670.388	16.378.708	14.630.165	15.886.936	15.487.473	13.821.231	14.663.412	16.263.858	17.833.461	16.534.239	187.550.100
15.054.361	31.380.228	46.050.616	62.429.325									
17.109.545	18.612.427	15.970.408	17.561.000									69.253.380
17.109.545	35.721.973	51.692.380	69.253.380									
2.055.184	4.341.745	5.641.764	6.824.055									

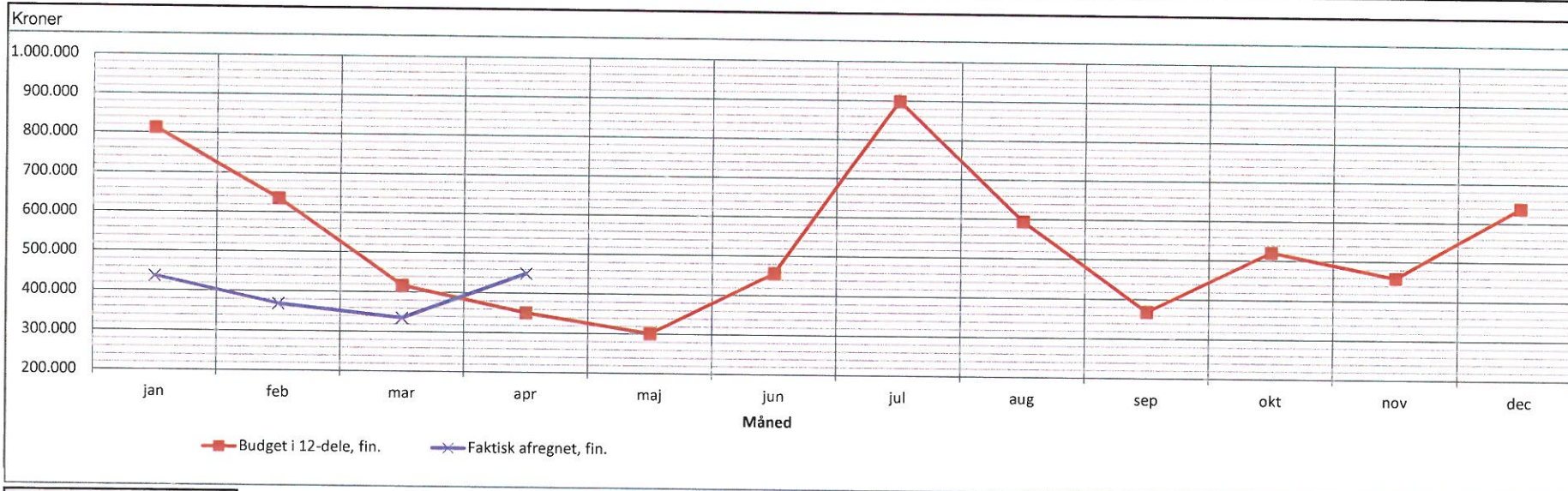
Budgettet er kun for medfinansiering, og er fordelt på baggrund af aktiviteten i 2014.

Medfinansiering inkluderer ambulant og stationær somatik og psykiatri, stationær genoptræning samt praksissektoren (sygesikring).

+ er merforbrug, - er mindreforbrug.

Finansiering af sygehusudgifterne Frederikshavn Kommune

Faktisk afregnet contra budget 2015 (bogføringsår)



År 2015													
Budget i 12-dele, fin.	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Total
Budget, år til dato	812.921	636.084	417.018	351.034	302.206	456.608	900.020	595.174	369.510	521.273	459.248	638.724	6.459.820
Faktisk afregnet, fin.	436.844	368.830	335.300	450.000									
Faktisk afregnet, år til dato	436.844	805.674	1.140.974	1.590.974									1.590.974
Budget/forbrug år til dato	-376.077	-643.332	-725.050	-626.084									

Budgettet er kun for finansiering, og er fordelt på baggrund af aktiviteten i 2014.

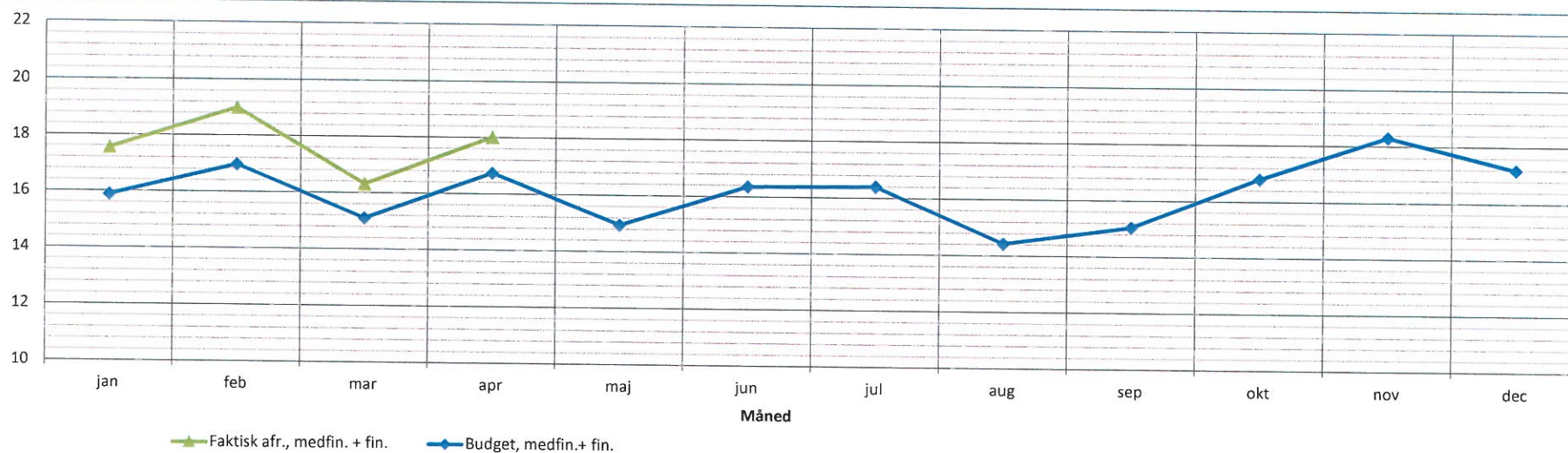
Finansiering inkluderer færdigbehandlede for både somatik og psykiatri, hospice, samt specialiseret genoptræning.

+ er merforbrug, - er mindreforbrug.

Total: Medfinansiering og finansiering af sygehusudgifterne Frederikshavn Kommune

Faktisk afregnet contra budget 2015 (bogføringsår)

Mio. kr.



Ar 2015	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Total
Budget, medfin.+ fin.	15.867.282	16.961.952	15.087.406	16.729.742	14.932.371	16.343.544	16.387.493	14.416.405	15.032.921	16.785.131	18.292.709	17.172.963	194.009.920
Budget, år til dato	15.867.282	32.829.234	47.916.640	64.646.382									
Faktisk afr., medfin. + fin.	17.546.389	18.981.257	16.305.708	18.011.000									70.844.354
Faktisk afregnet, år til dato	17.546.389	36.527.647	52.833.354	70.844.354									
Budget/forbrug år til dato	1.679.107	3.698.413	4.916.714	6.197.972									

Budgettet er for medfinansiering + finansiering, og er fordelt på baggrund af aktiviteten i 2014.

+ er merforbrug, - er mindreforbrug.

Bilag: 3.1. Sundhedsaftale om osteoporose marts 2015

Udvalg: Sundhedsudvalget

Mødedato: 12. maj 2015 - Kl. 15:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59734/15



Marts 2015

Sundhedsaftale om osteoporose



REGION NORDJYLLAND

Sundhedsaftale om osteoporose

Aftalen er udarbejdet i samarbejde mellem Osteoporoseforeningen, repræsentanter fra de nordjyske kommuner, alment praktiserende læger og Region Nordjylland.

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
9635 1000
www.rn.dk

Marts 2015.

Indholdsfortegnelse

1	Indledning og problemstilling	4
2	Faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats	6
3	Forløbsbeskrivelser	8
3.1	Borgere/patienter uden tidligere lavenergibrud	8
3.2	Patienter med enkelt lavenergifraktur	8
3.3	Patienter med gentagne lavenergibrud	10
3.4	Opsummering	11
4	Aktivitet og økonomi som følge af forløbsbeskrivelser	12
4.1	Regionale udgifter til alment praktiserende læger	12
4.2	Regional udbygning af skannerkapaciteten	13
4.3	Regionale udgifter til medicin	13
4.4	Kommunale tilbud	14
4.5	Tovholder og forløbskoordinator	16
4.6	Ekstraudgifter for region og kommuner ved uændret forebyggelsesindsats af frakturer	16
4.7	Opsummering	17

1 Indledning og problemstilling

Osteoporose er en folkesygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og knoglemæssige forandringer, der medfører øget fragilitet (skørhed) og herigennem øget risiko for knoglebrud.

I praksis diagnosticeres osteoporose, hvis der opstår en lavenergifraktur (dvs. brud ved daglig belastning eller/og fald på samme niveau) af typisk ryg, hofte eller underarm uden at der er tale om andre sygdomme i knoglerne (f.eks. kræft). For at kunne forebygge brud og stille diagnosen osteoporose før det første brud indtræder, har WHO defineret osteoporose hos voksne individer ved en knogletæthed på 2,5 enheder (eller mere) under middelværdien for unge raske individer i ryg eller hofte. Dette betegnes som en T-værdi lavere end minus 2,5. Det kræver en DXA skanning for at fastslå T-værdien. Osteoporose diagnosticeres altså ved lavenergifraktur uden andre knoglesygdomme eller/og ved en T-værdi under minus 2,5.

Ifølge denne definition skønnes ca. 500.000 – 600.000 danskere ældre end 50 år at have osteoporose¹. Hvis dette tal overføres til Region Nordjylland betyder det, at ca. 50.000 - 60.000 nordjyder har osteoporose. I 2013 var der ca. 12.800 personer i regionen, der indløste en recept på et af de lægemidler, som anvendes til behandling af osteoporose. Dette svarer til at kun ca. hver femte, der i dag har osteoporose, er i medicinsk behandling for osteoporose.

I Region Nordjylland var der i 2013 knap 800 hoftebrud hos borgere over 65 år, der hovedsageligt tilskrives osteoporose. Derudover skønnes det, at der i regionen er ca. 700 underarmsbrud og ca. 200 kompressionsbrud i ryggen førende til indlæggelse, der kan tilskrives osteoporose hvert år².

Knoglebruddene rammer specielt den helt ældre del af befolkningen. Derfor kan knoglebruddene have alvorlige konsekvenser. Udover øget risiko for yderligere brud og sygelighed hos den enkelte kan f.eks. kompressionsfrakturer i ryggen føre til svære akutte smerter, som efterfølges af kroniske smerter. Smerter, der kan give betydelige fysiske og sociale begrænsninger for den enkelte og føre til social isolation.

De mest alvorlige brud er hoftebrud. En ældre undersøgelse³ tydeliggør konsekvenserne for de hofteopererede 6 måneder efter en hoftefraktur:

- 51 % kan ikke selv klæde sig på (mod 14 % før operation)
- 68 % kan ikke rejse sig alene (mod 10 % før),
- 85 % kan ikke gå alene (mod 25 % før),
- 92 % kan ikke gå på trapper (mod 37 % før) og
- 94 % kan ikke gå 900 meter selv (mod 59 % før operationen).

Undersøgelserne er af ældre data (fra 1992), og genoptræningsindsatsen er styrket væsentligt efter undersøgelsestidspunktet, men vurderingen er stadig at frakturer har betydelige fysiske og sociale konsekvenser for den enkelte patient. Dette skal i øvrigt ses i sammenhæng med at halvdelen af de patienter, der får en hofteoperation bor alene⁴.

I seneste NIP måling⁵ fremgik det at ca. 13 procent af de hofteopererede patienter over 65 år dør indenfor 30 dage efter indlæggelsen for en hoftefraktur. Dette svarer til at ca. 100 personer i Region Nordjylland hvert år dør i forbindelse med et hoftebrud.

¹ Kilde: Vejledning til udredning og behandling af osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk selskab, 2009. Side 6.

² Vestergaard P.; Rejnmark L. & Mosekilde L. Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark. Osteoporosis Int. 2005. 16: 134-141.

³ Kilde: Høring om osteoporose, Landsforeningen mod knogleskørhed, 2001.

⁴ Kilde: Det Nationale Indikatorprojekt, National Auditrapport 2008 – Hoftefrakturer. December 2008.

⁵ Dansk Tværfagligt Register for Hoftefrakturer. National årsrapport 2013. April 2014.

De samfundsmæssige omkostninger forbundet med bruddene og særligt hoftebrud er forholdsvis store. Tidligere undersøgelser⁶ har forsøgt at regne på den gennemsnitlige udgift ved et hoftebrud i Danmark. Hvis undersøgelsens tal fremskrives til 2009 niveau⁷ er den gennemsnitlige udgift til en hoftefraktur i omegnen af 200.000 kr. Udgifterne inkluderer indlæggelse, genoptræning, reoperation, hjælpemidler og boligændringer efter udskrivning samt forøget plejebenhov 5 år efter bruddet. Nyere undersøgelser viser, at udgifterne til osteoporotiske frakturer er større end først antaget. I de nye undersøgelser anslås samfundsomkostningen til at udgøre ca. 12 mia. kr. årligt⁸ i Danmark.

Selvom osteoporose i høj grad er en aldersbetinget sygdom kan der gøres meget for at forebygge brud. Internationale undersøgelser viser at en fokuseret indsats vil halvere frakturforekomsten i den ældre gruppe⁹.

Det er denne sundhedsaftales mål – på baggrund af faglige anbefalinger – at sikre en tværsektorielt sammenhængende og styrket indsats for patienter med osteoporose og herigennem forebygge brud.

Hofte- og Lårbensbrud

⁶ Ankjær-Jensen A., Johnell O., Preventions of Osteoporosis: Cost-effectiveness of Different Pharmaceutical Treatments, Osteoporosis International 1996; pp. 265-275.

⁷ Ud fra inflationstakt på 2 %.

⁸ Kilde: Hansen et al, A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden? Arch Osteoporos 2013, 8:126.

⁹ Kilde: Kanis, J.A. & Johnell, O. "Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe", International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation, 2004.

2 Faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats

Formålet med dette afsnit er - igennem en redegørelse for de faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats - at danne et fagligt fundament for de mere handlingsorienterede beskrivelser i det efterfølgende afsnit vedrørende forløbsbeskrivelser.

Der skelnes typisk mellem anbefalingerne til den ikke medicinske (non-farmakologisk) og anbefalingerne til den medicinske (farmakologiske) frakturforebyggelse.

Anbefalingerne til den *ikke medicinske* frakturforebyggelse er¹⁰:

- Kost - Vejledning med særligt fokus på sikring kalcium og D-vitamin – evt. via kosttilskud. Alle over 65 år anbefales dagligt kosttilskud.
- Rygning – motivere alle rygere til at tage imod tilbud om rygestop.
- Alkohol - fraråde højere indtag end 1-2 genstande om dagen.
- Motion – motivere til 2-4 timers motion om ugen – mindst ½ time om dagen.
- Normalvægt – motivere til specielt at undgå undervægt.
- Faldforebyggelse - foranstaltninger bør iværksættes hos ældre med øget risiko for fald.¹¹

Udfordringen indenfor den *medicinske frakturforebyggelse* er, at opspore og diagnosticere osteoporose og at initiere medicinsk behandling.

Der bør ikke generelt screenes¹² for osteoporose, fordi det vurderes, at der er større potentialer ved at opsporingsindsatsen tager udgangspunkt i en risikovurdering.

Opsporingsindsatsen fokuserer på, at mænd over 50 år og postmenopausale kvinder risikovurderes i forhold til nedenstående vejledende risikofaktorer – med henblik på en eventuel DXA skanning.

Tabel 1 Risikofaktorerne for fraktur

- Arvelig disposition i lige linje for osteoporose
- Alder over 80 år
- Kvinder med lav kropsvægt (BMI < 19)
- **Tidligere lavenergifraktur (særligt opsporingsmæssigt potentiale)**
- Abnormt tidlig menopause (< 45 år)
- **Systemisk glukokortikoidbehandling (særligt opsporingsmæssigt potentiale)**
- Rygning
- Alkoholforbrug over 1 (kvinder) eller 2 (mænd) genstande om dagen i gennemsnit pr. uge.
- Ældre med øget risiko for fraktur på grund af faldtendens
- Sygdomme associeret med osteoporose. F.eks. anorexia nervosa.

Kilde: "Vejledning til udredning og behandling af Osteoporose", Dansk Knoglemedicinsk Selskab, 2009.

Det er den praktiserende læge, der foretager risikovurderingen, hvor lægen finder det relevant. Det vurderes, at der er særlige opsporingsmæssige potentialer i forhold til patienter med tidligere lavenergibrud og patienter, der er eller har været i systemisk glukokortikoidbehandling ved praktiserende læge eller sygehusafdeling.

¹⁰ Kilde: Vejledning til udredning og behandling af osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk selskab, 2009. Side 12.

¹¹ Der bør i alle kommuner være et faldforebyggelsestilbud jf. servicelovens § 86 stk. 2.

¹² Hvor alle bliver undersøgt alene på baggrund af alder over 65 år (kvinder) og 70 år (mænd).

Det anbefales endvidere, at alle mænd over 50 år og postmenopausale kvinder - der får taget røntgenbillede af lungerne - får vurderet eventuelle rygsammenfald og at dette fremgår af røntgenbeskrivelsen til den bestillende læge.

Det anbefales, at genoptræningsindsatsen under indlæggelse og efter udskrivning ses som et sammenhængende rehabiliteringstilbud.

3 Forløbsbeskrivelser

De faglige anbefalinger til den tværsektorielle indsats er i det nedenstående operationaliseret via forløbsbeskrivelser.

Behovet for sundhedsfaglig indsats er forskelligt fra person til person. I nedenstående er forløbsbeskrivelserne opdelt i forhold til en kategorisering af borgerne/patienter i tre grupper, der er lavet på baggrund af ideen om at indsatsen udføres på det laveste effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON) så specialiserede behov bliver mødt med en specialiseret indsats og et mindre specialiseret behov bliver mødt med en mindre specialiseret indsats.

Herved fremkommer følgende grupper.

1. Borgere/patienter uden tidligere lavenergifraktur – de mange
2. Patienter med enkelt lavenergibrud – mindretallet
3. Patienter med gentagne lavenergibrud – de få

Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at relatere de enkelte grupper til en bestemt myndighed¹³ med dertilhørende volumenestimat – idet der er behov for en tværsektoriel indsats overfor alle tre grupper.

3.1 Borgere/patienter uden tidligere lavenergibrud

Den praktiserende læge informerer, i de tilfælde hvor lægen finder det relevant, mænd over 50 år og postmenopausale kvinder, der alligevel kommer igennem praksis om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer¹⁴ og undgå undervægt) og tilbyder at undersøge deres behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering altid henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne. For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt faldforebyggelsestilbud.

I de tilfælde, hvor det er relevant, kan den praktiserende læge tilbyde mænd over 50 år og postmenopausale kvinder, der alligevel kommer igennem praksis, at foretage en risikovurdering for osteoporose og kan på denne baggrund henvise til DXA skanning.

Borgere, der via DXA skanning har en T-værdi over minus 2,5 fastholdes i den ikke medicinske frakturforebyggelse.

Patienter, der via DXA skanning har en T-værdi under minus 2,5 (jf. definitionen på Osteoporose) påbegynder – efter at der har været foretaget vurdering af evt. sekundær osteoporose - medicinsk frakturforebyggende behandling (typisk Alendronat) og der kan henvises til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne og faldforebyggelse.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med en specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

3.2 Patienter med enkelt lavenergifraktur

Sygehuset behandler patients brud – hvor der kan skelnes imellem ambulante og indlagte patienter.

¹³ som udfyldningsaftaler på andre diagnosegrupper indeholder.

¹⁴ Kost, rygning, alkohol og motion.

Ambulante patienter – typisk håndledsbrud, men også andre mindre brud

Sygehuset giver patienter information om, at kontakte egen læge med henblik på undersøgelse for osteoporose. Herunder bør det fremgå af patientvejledningen, at patienten bør kontakte egen læge for nærmere osteoporoseudredning. Det bør tillige fremgå af epikrisen, at patienten har fået patientinformationen.

Det er således som udgangspunkt patientens eget ansvar, at kontakte egen læge.

Den praktiserende læge informerer disse patienter om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer¹⁵ og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering altid henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne. For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Ved mistanke om lavenergi-brud henviser den praktiserende læge som udgangspunkt patienten til DXA skanning.

Afhængigt af resultat fastholdes den ikke medicinske frakturforebyggende behandling og der påbegyndes medicinsk frakturforebyggende behandling jf. evt. behandlingsvejledning fra endokrinolog og gældende retningslinjer.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

Indlagte patienter – typisk hoftenær fraktur eller andre større brud

Indlæggelse af patienter foregår i overensstemmelse med den gældende "Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning". Genoptræningsplan tilsendes kommunen og epikrise tilsendes patientens praktiserende læge.

Kommunen vurderer behovet for ændret indretning af *bolig* eller skift af bolig med henblik på faldforebyggelse, og for *hjælpemidler*, som kan muliggøre at patienten kan klare sin dagligdag samt behovet for *kommunal hjælp* til f.eks. rengøring, træning eller lignende¹⁶.

Sygehuset giver patienter information om, at kontakte egen læge med henblik på undersøgelse for osteoporose. Herunder bør det fremgå af patientvejledningen, at patienten skal kontakte egen læge for nærmere osteoporoseudredning. Det bør tillige fremgå af epikrisen, at patienten har fået patientinformationen.

Den praktiserende læge sikrer på baggrund af epikrisen at patienten bliver udredt for osteoporose, når denne henvender sig.

Den praktiserende læge informerer om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Den praktiserende læge kan ud fra en konkret vurdering henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan). For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til kommunalt

¹⁵ Kost, rygning, alkohol og motion.

¹⁶ Efter servicelovens bestemmelser.

faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Ved mistanke om lavenergibrud henviser den praktiserende læge som udgangspunkt patienten til DXA skanning. Svarene fra sygehuset sendes med epikrise til praktiserende læge eventuelt med behandlingsvejledning fra endokrinolog.

Den praktiserende læge kan altid rådføre sig med en specialist hvis der f.eks. er tvivl om behandlingsindikation eller behandlingseffekt.

Hvad angår røntgenafdelingerne har de en særlig rolle i forhold til opsporingen af patienter med rygsøjlebrud. Alle mænd over 50 år og postmenopausale kvinder - der får taget røntgenbillede af lungerne - bør få vurderet rygsammenfald og denne vurdering bør fremgå af røntgenbeskrivelsen, der sendes til den bestillende læge. Den bestillende læge indleder osteoporoseudredning såfremt, der er tale om en patient med rygsammenfald.

3.3 Patienter med gentagne lavenergibrud

Praktiserende læger henviser patienter med gentagne lavenergibrud til sygehuset med henblik på endokrinologisk speciallægevurdering - herunder f.eks. af muligheden for at iværksætte knogleanabol behandling. I behandlingsmæssig henseende følges patienten herefter i sygehusregi indtil patienten igen bliver overtaget af almen praksis.

I dette tilfælde informerer sygehuset om knoglevenlig livsstil (KRAM faktorer og undgå undervægt) og undersøger patientens eventuelle behov for supplerende kalk og D-vitamintilskud.

Sygehuset kan ud fra en konkret vurdering henvise en borger til et kommunalt tilbud jf. KRAM faktorerne (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning). For ældre borgere med særlig risiko for fald kan den praktiserende læge henvise til et kommunalt faldforebyggelsestilbud (hvis det ikke allerede er igangsat via genoptræningsplan til almen genoptræning).

Sygehusafdelingen henviser patienten til DXA skanning.

3.4 Opsummering

Ovenstående er opsummeret i nedenstående tabel.

Tabel 2 Stratificering af indsats for målgruppen mænd over 50 og postmenopausale kvinder samt patienter med lavenergibrud

Konkret indsats	Ingen lavenergibrud	Et lavenergibrud	Flere lavenergibrud
Information om KRAM faktors påvirkning af osteoporose	Almen praksis - hvor det skønnes relevant		Sygehus
Undersøgelse af behov for kalk og D-vitamintilskud	Almen praksis – hvor det skønnes relevant		Sygehus
KRAM tilbud	Kommune via henvisning fra praktiserende læge		Kommune via henvisning fra sygehus
Faldforebyggelse	Kommune via henvisning fra almen praksis	Kommune via henvisning fra almen praksis (ambulante patienter) eller via genoptræningsplan fra sygehus (stationære patienter)	
Risikovurdering	Almen praksis		
Henvisning til DXA skanning	Almen praksis på baggrund af risikovurdering		Sygehus
Initiere almindelig farmakologisk behandling	Almen praksis på baggrund af anbefalinger fra endokrinolog		Sygehus
Initiere anabol behandling			Sygehus

4 Aktivitet og økonomi som følge af forløbsbeskrivelser

Der skønnes, at der er ca. 50.000 – 60.000 patienter med osteoporose i Region Nordjylland.

Det anbefales, i første omgang, at sikre opsporing, diagnosticering og kommunale tilbud til alle nye patienter med lavenergifrakturer. Dette skønnes at dreje sig om ca. 2.000 nye patienter pr. år i Region Nordjylland.

I næste omgang anbefales det at sikre opsporing, diagnosticering og kommunale tilbud til de patienter, der ikke har fået konstateret et brud, men på baggrund af en risikovurdering har fået foretaget en DXA skanning, der har vist en T-værdi under minus 2,5. Denne gruppe er potentielt større.

4.1 Regionale udgifter til alment praktiserende læger

Der forventes en mindre stigning i antallet af konsultationer som direkte følge af den intensiverede opsporingsindsats fra den praktiserende læge. Stigningen skyldes, at ikke alle med lavenergifrakturer hidtil er kommet til kontrol. Omvendt er udgangspunkt for opsporingsindsatsen de patienter, der i forvejen kommer igennem almen praksis. Derfor skønnes den direkte effekt at være lille.

Information om KRAM faktorernes betydning for osteoporose og evt. henvisning til kommunalt tilbud vedrørende KRAM tilbud eller faldforebyggelse må som udgangspunkt henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats, hvor lægen skønner det relevant og området er omfattet af overenskomsten.

Undersøgelsen af behov for kalk- og D-vitamintilskud kan foretages på (mindst) to måder. For det første kan den praktiserende læge beregne sig frem til det ud fra patientens egne oplysninger om indtag gennem kosten. For det andet kan den praktiserende læge vælge at tage blodprøver for at måle calcium og D-vitamin. I første tilfælde må undersøgelsen af behovet for kalk- eller D-vitamintilskud henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats og ikke forventes at medføre ekstra udgifter. I det andet tilfælde vil det medføre en ekstra udgift i form af flere prøver. Det koster i dag 43 kr. pr. undersøgelse for kalk og D-vitamin via blodprøve.

Det skal bemærkes, at undersøgelser af kalk og D-vitamin via blodprøve er en diagnostisk undersøgelse og ikke skal bruges til monitorering af niveauet.

Hvis det antages, at ca. 5.000 personer ekstra i Region Nordjylland skal undersøges hvert år som følge af den sidstnævnte måde vil ekstraudgifterne udgøre i omegnen af 0,2 mio. kr.¹⁷

Henvisningen til DXA skanning er patientrettet forebyggelse, der er omfattet af overenskomsten.

Initiering af almindelig farmakologisk behandling må som udgangspunkt henføres til de alment praktiserende lægers eksisterende indsats og ikke medføre ekstra udgifter.

Hvis der på et tidspunkt skønnes at være behov en underliggende aftale vil dette blive taget op i "Praksisplanudvalget for Region Nordjylland.

¹⁷ Dette tal skal dog tages med et vist forbehold fordi der ikke er et overblik over hvor mange praktiserende læger der vil anvende den første metode og hvor mange, der anvender den anden metode. Derudover er det uklart, hvor mange der samlet vil blive undersøgt for osteoporose.

4.2 Regional udbygning af skannerkapaciteten

Aktiviteten - medført af lavenergifrakturene - skønnes at udgøre ca. 2.000 DXA skanninger om året.

Aktiviteten - medført af de praktiserende lægers risikovurderinger - kan ses som et resultat af fortolkningen af de ovenfor nævnte risikofaktorer og dermed den praktiserende læges rolle som "gatekeeper".

F.eks. vil aldersindikationen 80 år alene medføre, at 26.000 borgere/patienter i Region Nordjylland skulle tilbydes DXA skanning og derudover medføre ca. 3.200 nye skanninger hvert år - fordi der er ca. 3.200 borgere om året, der fylder 80 år i Region Nordjylland.

Henvisningspraksis vil dog til en vis grad være afhængig af ventetiden på skanninger og deraf den etablerede skanningskapacitet. Derfor er det forventningen, at praksis i et vist omfang vil indrette sig efter den etablerede kapacitet.

Region Nordjylland har med udgangen af 2014 investeret i 2 nye scannere. Den samlede kapacitet øges dermed fra 7.200 til 13.600 (+6.400 svarende til ekstra knap 90 % større kapacitet) skanninger om året. Den ene af de nye scannere placeres i Thisted og den anden på Aalborg Universitetshospital. Samtidigt øges kapaciteten både i Farsø og i Frederikshavn. Fremover vil der således være scannere i Thisted, Aalborg, Farsø og Frederikshavn.

Dette vil samtidigt betyde, at ventetiden forventes nedbragt til 1 – 2 uger på alle matrikler, og færre vil skulle transportere sig fra den vestlige del af regionen til andre matrikler. Kapaciteten vurderes således at være fuldt ud dækkende for den indsats, der er lagt op til i sundhedsaftalen.

4.3 Regionale udgifter til medicin

Den medicinske frakturforebyggelse består af de antiresorptive (knoglebevarende) og de knogleanabole (knoglestyrkende) lægemidler.

Nedenfor er vist antallet af patienter i osteoporosebehandling og medicinudgifterne forbundet hermed fordelt på de forskellige lægemidler.

Tabel 3 Antal patienter og udgifter til behandling af osteoporose i 2013 i Region Nordjylland

	Antal patienter	Udgift for region (I 1.000 kr.)	Udgift for borgerne (I 1.000 kr.)
<i>Knoglebevarende lægemidler</i>			
Raloxifen	135	199	111
Etidronsyre	84	43	39
Alendronsyre	9.549	716	1.679
Ibandronsyre	472	417	272
Risedronsyre	111	63	48
Zoledronsyre	1	4	1
Alendronsyre og colecalciferol	143	420	163
Strontiumranelat	139	292	138
Denosumab	701	2.010	866
Raloxifen	135	199	111
<i>Knoglefremmende læge</i>			
Teriparatid	130	3.510	338
I alt	11.244	7.673	3.656

Kilde: Udtræk fra database. Praksissektor juli 2014.

I 2013 var der således ca. 11.200 patienter i medicinsk frakturforebyggende behandling, (hvor osteoporosemedicinen krævede en recept). Denne medicinske behandling kostede Region Nordjylland knap 8 mio. kr. til medicintilskud. Patienternes egenbetaling udgjorde knap 4 mio. kr.

Det er primært gruppen over 50 år, der i dag behandles medicinsk for osteoporose.

Hvis 4.200 flere borgere sættes i receptpligtig medicinsk frakturforebyggende behandling skønnes merudgiften for regionen at udgøre 2,8 mio. kr., hvis der tages udgangspunkt i priserne på medicinen i 2013. Priserne på osteoporosemedicin har dog været faldende igennem tiden. Således kostede det i 2008 1.263 kr./år for regionen i gennemsnit pr. borger i behandling. I 2013 kostede det i gennemsnit 682 kr. Prisfaldet skyldes, at de eksisterende patienter på osteoporosemedicin udløber løbende og bliver erstattet af billigere medicin. Dette vil have en kraftig udgiftshæmmende effekt.

4.4 Kommunale tilbud

Kommunerne i regionen fastlægger som udgangspunkt selv serviceniveauet i forhold til antallet af tilbud og kvaliteten af tilbuddene overfor borgerne og patienterne i kommunen.

I nedenstående tabel er givet et estimat for, hvor mange borgere der har behov for KRAM tilbud og faldforebyggelsestilbud i hver enkelt kommune, hvis udgangspunktet for antallet var baseret på, at alle patienter med lavenergifrakturer fik et kommunalt tilbud. Estimatet er vægtet på baggrund af indbyggertallene for de enkelte kommuner.

Tabel 6 Skøn for kommunal aktivitet medført af opsporing af lavenergifrakturer

Kommuner	Befolkningstal	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 100 % deltagelse	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 50 % deltagelse
Brønderslev	35.603	123	61
Frederikshavn	60.469	208	104
Hjørring	65.468	225	113
Jammerbugt	38.325	132	66
Læsø	1.794	6	3
Mariagerfjord	42.057	145	72
Morsø	20.971	72	36
Rebild	28.820	99	50
Thisted	44.205	152	76
Vesthimmerlands	37.478	129	64
Aalborg	205.925	709	354
Region Nordjylland	581.115	2.000	1.000

Kilde: www.statistikbanken.dk

Ikke alle osteoporosepatienter har imidlertid fået en lavenergifraktur (endnu). Hvis alle osteoporosepatienter bør have et kommunalt tilbud vil behovet for pladser afhænge af hvor mange der skannes (og dermed diagnosticeres) og deltagelsesprocenten i de kommunale tilbud.

I nedenstående tabel er der lavet et skøn for behovet af pladser ud fra en forudsætning om, at der findes ca. 8.000 osteoporosepatienter pr. år - som følge af opsporingsindsatsen fra almen praksis på baggrund af risikofaktorer:

Tabel 7 Skøn for kommunal aktivitet medført af opsporingsindsats fra almen praksis på baggrund af risikofaktorer

Kommuner	Befolkningstal	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 100 % deltagelse	Antal borgere med behov for kommunale tilbud ved 50 % deltagelse
Brønderslev	35.603	490	245
Frederikshavn	60.469	832	416
Hjørring	65.468	901	451
Jammerbugt	38.325	528	264
Læsø	1.794	25	12
Mariagerfjord	42.057	579	289
Morsø	20.971	289	144
Rebild	28.820	397	198
Thisted	44.205	609	304
Vesthimmerlands	37.478	516	258
Aalborg	205.925	2.835	1.417
Region Nordjylland	581.115	8.000	4.000

Kilde: www.statistikbanken.dk

Det skal understreges, at der i ovenstående tabeller er tale om et aktivitetsskøn og ikke et meraktivitetsskøn. Meraktiviteten vil afhænge af den eksisterende kapacitet og af organiseringen af tilbuddet. Det er vurderingen, at der vil være tale om meraktivitet, der vil medføre ekstra omkostninger for kommunerne.

Omkostningerne forbundet med meraktiviteten vil være afhængig af indholdet og dermed prisen for det enkelte kommunale tilbud.

Det anbefales, at tilbuddene skal målrettes til de borgere/patienter som har mest behov for og gavn af tilbuddet. Målet med tilbuddet er, at øge patienternes viden om en generel "knoglevenlig livsstil"¹⁸:

- Fysisk aktivitet hele livet
- Varieret kost med tilstrækkeligt kalk og D-vitamin
- Ingen rygning
- Ingen alkoholmisbrug
- Undgå undervægt.

Herigennem er det målet at stimulere til omlægning af livsstilen, og eventuelt understøtte omlægningen ved tilbud om motionsrådgivning, ernæringsvejledning, rygestoptilbud og alkoholfævnning. Herudover kan der ske rådgivning om at undgå medicin, der giver dårlig balance, om indretning af hjem, om fodtøj, stok/gangstativ mv. efter behov (faldforebyggelse).

Udvikling og implementering af det specifikke indhold i de kommunale tilbud drøftes, når der er truffet beslutning om, hvordan det tværsektorielle samarbejde om kronikerindsatsen tilrettelægges.

4.5 Tovholder og forløbskoordinator

Den praktiserende læge er tovholder. Varetagelsen af denne funktion vurderes at være en del af den praktiserende læges grundlæggende rolle i sundhedsvæsenet, og vurderer derfor ikke at udgøre en ekstra udgift.

På grund af den manglende afklaring af begrebet forløbskoordination, er det for nuværende ikke muligt at vurdere behovet for forløbskoordination i denne sammenhæng.

Der er dog enighed om, at osteoporose ikke i sig selv, giver et behov for forløbskoordination.

Det kan imidlertid overvejes om en form for forløbskoordination er hensigtsmæssigt i forbindelse med complianceproblemer. Disse tilfælde afklares i en dialog mellem almen praksis og kommunens visitation.

4.6 Ekstraudgifter for region og kommuner ved uændret forebyggelsesindsats af frakturer

Det fremgår af indledningen, at der er store samfundsmæssige omkostninger forbundet med brud - særligt hoftebrud er dyre. Ovenstående aktivitets- og udgiftsskøn skal derfor ses i sammenhæng med muligheden for besparelserne ved at forebygge frakturer i fremtiden.

Tidligere undersøgelser¹⁹ har forsøgt at regne på den gennemsnitlige udgift ved et hoftebrud i Danmark. Hvis undersøgelsens tal fremskrives til 2009 niveau²⁰ er den gennemsnitlige udgift til en hoftefraktur i omegnen af 200.000 kr. Udgifterne inkluderer indlæggelse, genoptræning, reoperation, hjælpemidler og boligændringer efter udskrivning samt forøget plejebehov 5 år

¹⁸ Definition af generel "knoglevenlig livsstil" stammer fra "Rapport. Forberedende arbejdsgruppe for sammenhængende patientforløb for patienter med Osteoporose, Nordjyllands Amt, 2006. Side 8".

¹⁹ Ankjær-Jensen A., Johnell O., Preventions of Osteoporosis: Cost-effectiveness of Different Pharmaceutical Treatments, Osteoporosis International 1996; pp. 265-275.

²⁰ Ud fra inflationstakt på 2 %.

efter bruddet. Udgiften det første år efter operationen opgøres til 92.000 kr. til bl.a. sygehusophold og efterfølgende øget plejehjemsbrug eller hjemmehjælp. Nyere undersøgelser viser, at udgifterne til osteoporotiske frakturer er større end først antaget. I de nye undersøgelser anslås samfundsomkostningen til at udgøre ca. 12 mia. kr. årligt²¹ i Danmark.

Det skal bemærkes, at forebyggelsen af et hoftebrud ikke er ensbetydende med denne besparelse. Udgifterne er forankret i den nuværende kapacitet - i læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, hjemmehjælpere osv.

Den kortsigtede vurdering vil være, at forebyggelse af hoftepatienter vil medføre mulighed for i større grad, at bruge sin kapacitet på andre patientgrupper og dermed en serviceforbedring.

Den langsigtede vurdering vil være at forebyggelsen af fremtidige hoftebrud vil bremse udgiftsvæksten. Sidstnævnte skal ses i lyset af, at den demografiske udvikling, hvor antallet af danskere over 60 år forventes at stige med ca. 50 % de næste 25 år. Ekstraudgifter som følge af en uændret indsats skønnes at udgøre op i omegnen af 100 mio. kr. alene for Nordjylland.²²

Internationale undersøgelser viser, at en fokuseret indsats vil kunne halvere frakturforekomsten i den ældre gruppe²³.

Hertil kommer ikke økonomiske faktorer som reduktion af dødelighed, som især for ældre patienter er høj efter brud.

4.7 Opsummering

Det økonomiske potentiale ved at gennemføre indsatsen må primært forventes at skulle anvendes til at kunne modvirke den demografiske betingede stigning i hoftebrud. Hvis målet om en halvering nås, er der dog et potentiale, som ligger udover den demografisk betingede udvikling.

²¹ Kilde: Hansen et al, A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden? Arch Osteoporos 2013, 8:126.

²² Beregnet ud fra en antagelse om en stigning i antallet af hoftebrud på 50 % svarende til den demografiske udvikling, den nuværende aktivitet på ca. 1.000 hoftebrud om året og skønnet for den tværsektorielle udgift for en hoftepatient på ca. 200.000 kr.

²³ Kilde: Kanis, J.A. & Johnell, O. "Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe", International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation, 2004.

Bilag: 4.1. Hjerneskadepjece

Udvalg: Sundhedsudvalget

Mødedato: 12. maj 2015 - Kl. 15:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 70160/15

Hjerneskadekoordinatorer

Tlf.: 98 45 52 08 /
Tlf.: 98 45 51 74

Visitationsenheden

Tlf.: 98 45 53 53

Træningscentre

Træningscenter Phønix (Frederikshavn)
Træningscenter Skagen
Træningscenter Sæby

Tlf.: 98 45 54 15
Tlf.: 98 45 54 05
Tlf.: 98 45 54 25

Sundhedscentre

Sundhedscenter Frederikshavn
Sundhedscenter Skagen
Sundhedscenter Sæby

Tlf.: 98 45 52 19
Tlf.: 98 45 52 32
Tlf.: 98 45 70 04

Hjælpeenheden

Tlf.: 98 45 54 00

Socialenheden

Tlf.: 98 45 53 82

Aktivitetscentre

Nord – Ankermedet, Strandgården
Vest – Bangsbo, Dybvad, Østervrå
Øst – Rådhuscentret, Sæby Aktivitetscenter
Midt – Rosengården, Ingeborgvej

Tlf.: 30 94 40 66
Tlf.: 98 45 59 18
Tlf.: 98 45 58 62
Tlf.: 98 45 58 97

Jobcenter

Tlf.: 98 45 56 00

Mine kontakter

Navn: Tlf.:

Navn: Tlf.:

Navn: Tlf.:

Navn: Tlf.:

Navn: Tlf.:



Neurorehabilitering

– Til voksne med erhvervet hjerneskade





Et sammenhængende rehabiliteringsforløb

I Frederikshavn kommune arbejder vi tværfagligt og professionelt for at skabe sammenhæng og afklaring i dit rehabiliteringsforløb, så både du og dine pårørende kan bevare overblikket.



Neurorehabilitering i Frederikshavn Kommune

Har du eller din pårørende fået en erhvervet hjerneskade, kan det give mange udfordringer i hverdagen for dig og dine nærmeste. Hjerneskaden kommer til udtryk både fysisk, kognitivt, psykisk og socialt, og nogle gange kan det være svært at bevare overblikket.

Denne pjece giver dig og dine pårørende en hurtig oversigt over dine muligheder, når du gennemgår neurorehabilitering i Frederikshavn Kommune. Pjecen indeholder de mest nødvendige oplysninger, så du kan se, hvor du kan henvende dig, hvis du har spørgsmål – både når du bliver udskrevet fra sygehuset, eller hvis du senere i forløbet har behov for hjælp.

Du skal være opmærksom på, at du ikke frit kan vælge mellem tilbuddene. Det vil altid kræve en konkret vurdering af dig og dine behov.

Du finder de forskellige enheders kontaktoplysninger på pjecens bagside.

Sammenhæng
Tidlig indsats
Overblik
Viden
Afklaring
Tryghed
Værdighed

Hjerneskadekoordinator

Hjerneskadekoordinatoren er den, der samler alle trådene og koordinerer kommunens indsatser ift. borgeren. Hjerneskadekoordinatoren er med andre ord den, der hjælper dig med at skabe overblik i dit forløb.

Hos hjerneskadekoordinatoren kan du få råd og vejledning om relevante kommunale tilbud og forskellige muligheder, så dit forløb bliver så overskueligt og trygt som muligt for både dig og dine pårørende.

Visitationsenheden

I visitationen kan du søge om hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp, herunder hjemmetræning, madservice, nødkald, socialpædagogisk støtte til fysisk handicappede, ældre- og plejebolig, aflastningsophold, genoptræning og vedligeholdelsestræning samt kørsel til træning på kommunens træningscentre.

Træningsafdelingen

Som en del af rehabiliteringen tilbyder Frederikshavn Kommune genoptræningsforløb. Genoptræningen varetages af træningsområdets specialiserede neuroteams og gennemføres i samarbejde med bl.a. talepædagog og tværkommunale og regionale rehabiliteringsinstitutioner.

Den fysio- og ergoterapeutiske genoptræning kan foregå i træningscentret, i borgerens eget hjem og nærmiljø samt i forbindelse med aflastnings- og genoptræningsophold.

Sundhedscentre

En hjerneskade kan i nogle tilfælde betyde, at du skal være ekstra opmærksom på dit helbred. I Frederikshavn Kommunes sundhedscentre kan du få råd og vejledning om sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedscentrene tilbyder vejledning og kurser om kost, rygning, alkohol og motion.

Hjælpemiddelenheden

Borgere, der gennemgår neurorehabilitering, har mulighed for at søge om støtte til hjælpemidler. Hjælpemidler leveres af Hjælpemiddeldepotet på hverdage. Der er også mulighed for, at du eller dine pårørende selv kan afhente hjælpemiddel efter aftale med en terapeut i Hjælpemiddelenheden.

Socialenheden

Socialenheden bevilger ydelser til voksne borgere indenfor handicap, psykiatri, socialt udsatte og misbrugsområdet. Socialenheden arbejder tæt sammen med visitationsenheden.

Aktivitetscentre

Frederikshavn Kommune har en række aktivitetscentre for borgere over 60 år. Centrene tilbyder motion, kreative aktiviteter, sammenkomster og forskellige typer undervisning.

Jobcenter

Selvom du har nedsat arbejdsevne, er der forskellige muligheder for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Jobcentrets personale kan rådgive dig om muligheden for fleksjob eller revalidering.



Læs mere om dine muligheder på
frederikshavn.dk

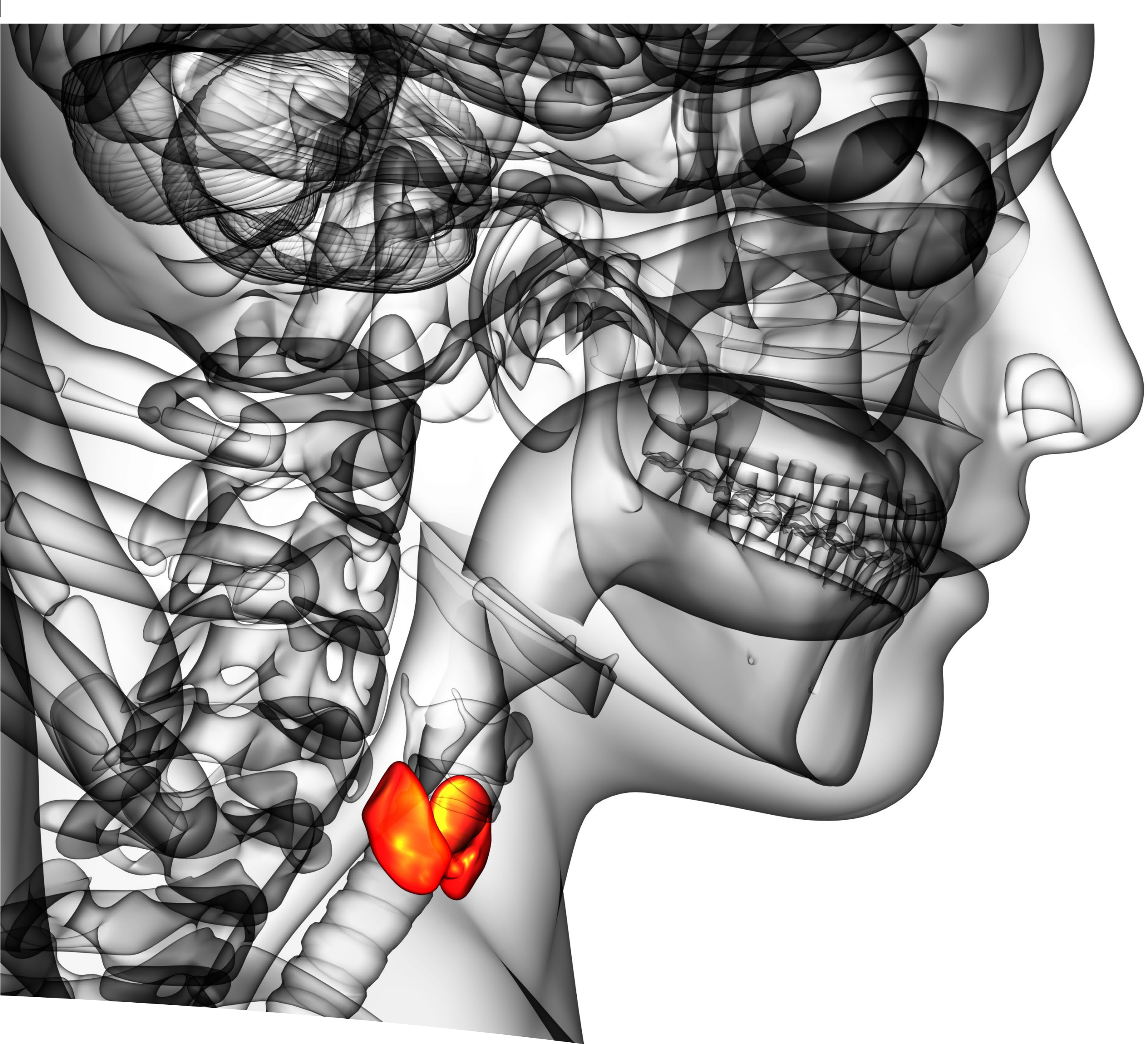
Bilag: 4.2. Poster til international kongres

Udvalg: Sundhedsudvalget

Mødedato: 12. maj 2015 - Kl. 15:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 70159/15



HONEY-LIKE HALF THICK SPOON-THICK THIN
FULL SOFT MODIFIED LEVEL
NECTAR-LIKE QUATER MODERATELY PUREE
ADVANCED
ALTERED MECHANICALLY SMOOTH NORMAL
MOIST ED LIQUIDISED DENTAL
DYSPHAGIA
TEXTURE
REGULAR MILDLY

HOW TO OPTIMIZE THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSPHAGIA IN COOPERATION WITH HOSPITAL AND MUNICIPALITIES

BACKGROUND

In Denmark there is minimal focus on dysphagia among patients with community-acquired pneumonia (CAP). Dysphagia is a highly prevalent clinical finding in elderly patients with CAP. Consequences of dysphagia can be aspiration pneumonia, malnutrition, anxiety, depression, social isolation and death. Studies are documenting a high frequency of readmission among patients with dysphagia. The primary aim of the study was to prove the prevalence of dysphagia among patients with CAP and to determine if a collaborative effort reduces the risk of readmission and death.

METHOD

This cross-sectional study with longitudinal follow-up included patients (18 years+) hospitalised with CAP at Vendsyssel Hospital, Denmark, from 1 September 2013 to 31 March 2014. The patients were continuously included and screened for dysphagia with the standardised volume-viscosity swallow test (V-VST). The occupational therapist and a dietician in the municipalities visited the patient 21 days after discharge, where the patient was retested and launched a multidisciplinary approach. Mortality and readmission were registered 30, 180 and 360 days after discharge.

CASE

Christian is a retired 62-year-old man who is often hospitalised due to pneumonia. He is well known to have chronically obstructive pneumonia disease and minor stroke sequela. He is independent in his daily life and has few social contacts.

During the six months prior to Christian being diagnosed with dysphagia, he was hospitalized 9 times (3-6 days every time). He called 112 and was transported to the hospital by ambulance, and when he was discharged he was taken home with transportation paid for by the hospital.

When Christian was diagnosed with dysphagia the municipality was informed and an intensive intervention was launched: an occupational therapist and a dietician visited him in his home and initiated training and information targeted dysphagia.

During the following six months after diagnosis, Christian was hospitalised 4 times and he was still transported by an ambulance to the hospital, and had his transportation home after being discharged paid by the hospital.

CALCULATION

Before diagnose	
Hospitalised (9 x 22.844 DKK)	205.596 DKK
Transport to the hospital and back (9 x 6.259 DKK)	56.331 DKK
Total	261.927 DKK
Intervention in the municipality	
Occupational therapist and dietician (24 contacts)	17.316 DKK
Hospitalised (4 x 22.844 DKK)	91.376 DKK
Transport to the hospital and back (4 x 6.259 DKK)	25.036 DKK
Total	133.728 DKK
Saving	128.199 DKK

RESULT

In the study 154 patients with CAP were recruited (45.1% female, mean age 77.1 years). In the group 35.85% of patients had dysphagia; 38.89% for patients 70 years+.

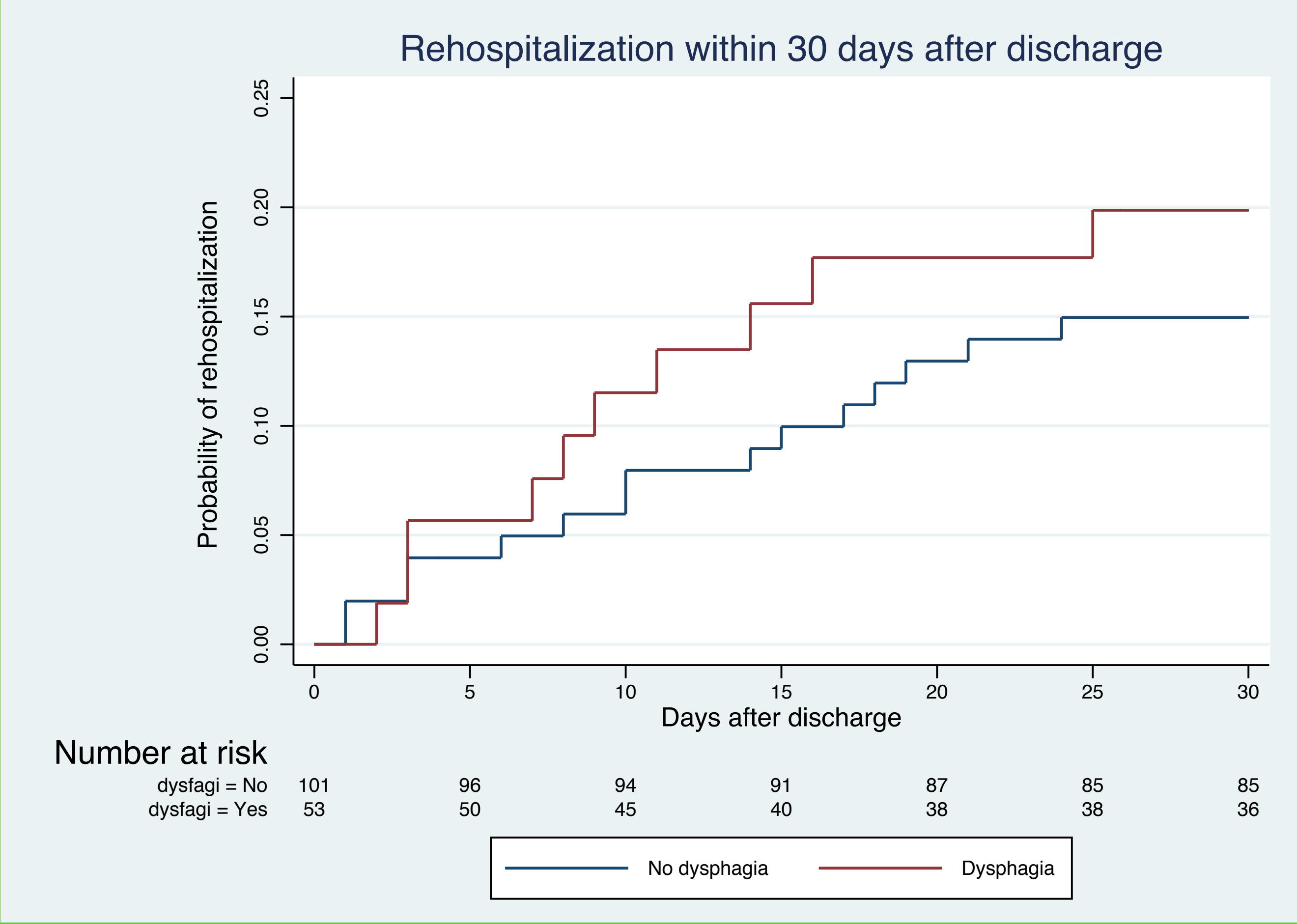
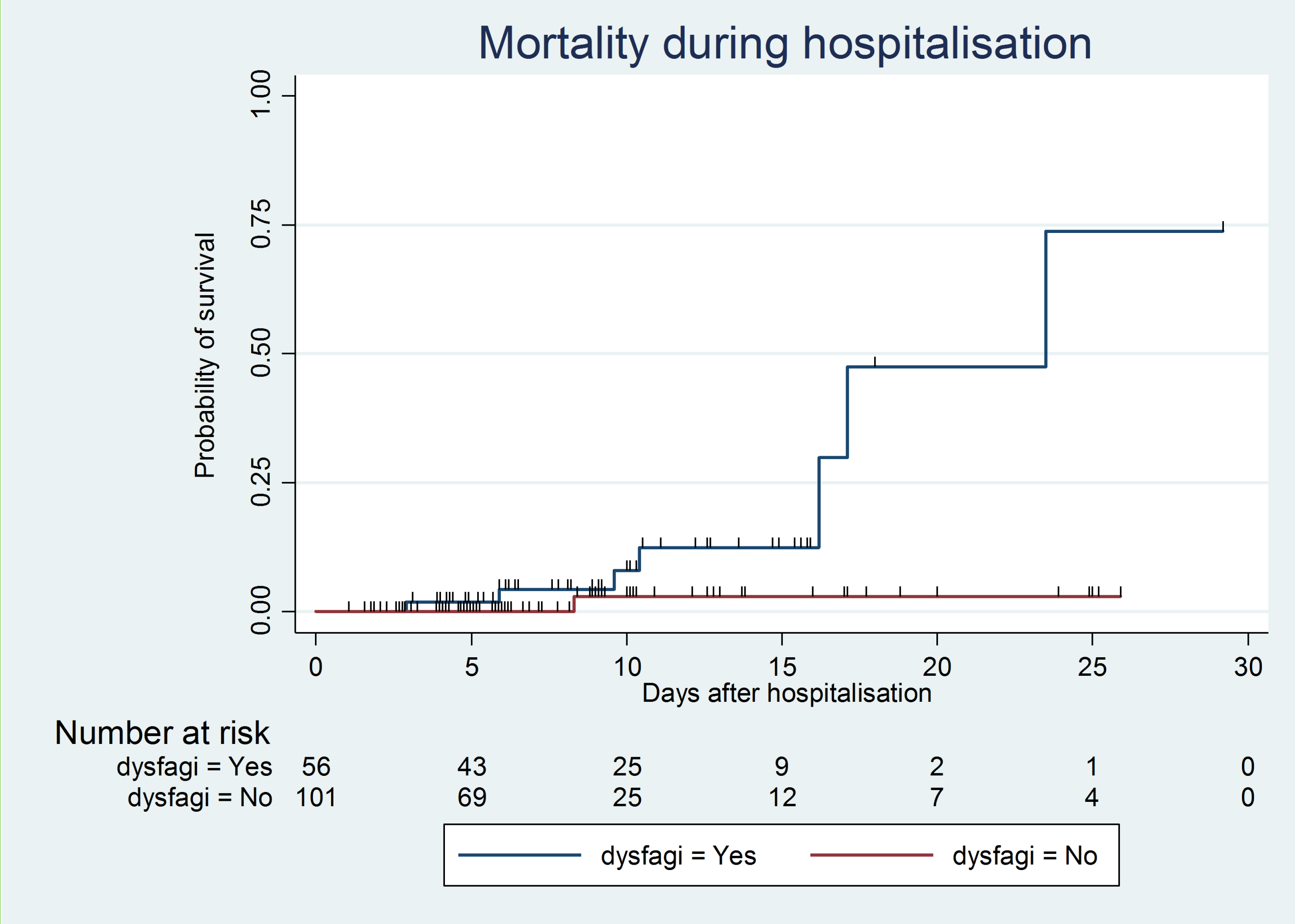
Patients with dysphagia were older; more of them were living in nursing homes and showed lower functional status. They had a higher frequency of readmission and prevalence of comorbidity.

Patients with dysphagia and pneumonia were discharged after a mean of 9.6 days as compared to a mean of 7.9 days for patients with pneumonia. 360 days after discharge 80.2% of the patients with pneumonia were alive compared to 28.3% of the patients with pneumonia and dysphagia.

There is no significant change in number of patients rehospitalised (P=0.423). However rehospitalisation is more frequent in the group of patients with dysphagia.

CONCLUSION

Close cooperation between the hospital and municipalities around the rehabilitation of patients with dysphagia seems to reduce the number of readmissions.



Dorte Melgaard¹, Development Therapist, PhD student • Line Lykke Jensen², Occupational therapist • Marlene Ditlev Pedersen³, Occupational Therapist
¹Center for Clinical Research, Vendsyssel Hospital/Aalborg University, Denmark • ²Hjoerring Municipalities, Denmark • ³Frederikshavn Municipalities, Denmark



Hjørring Kommune

VENDSYSSEL HOSPITAL

