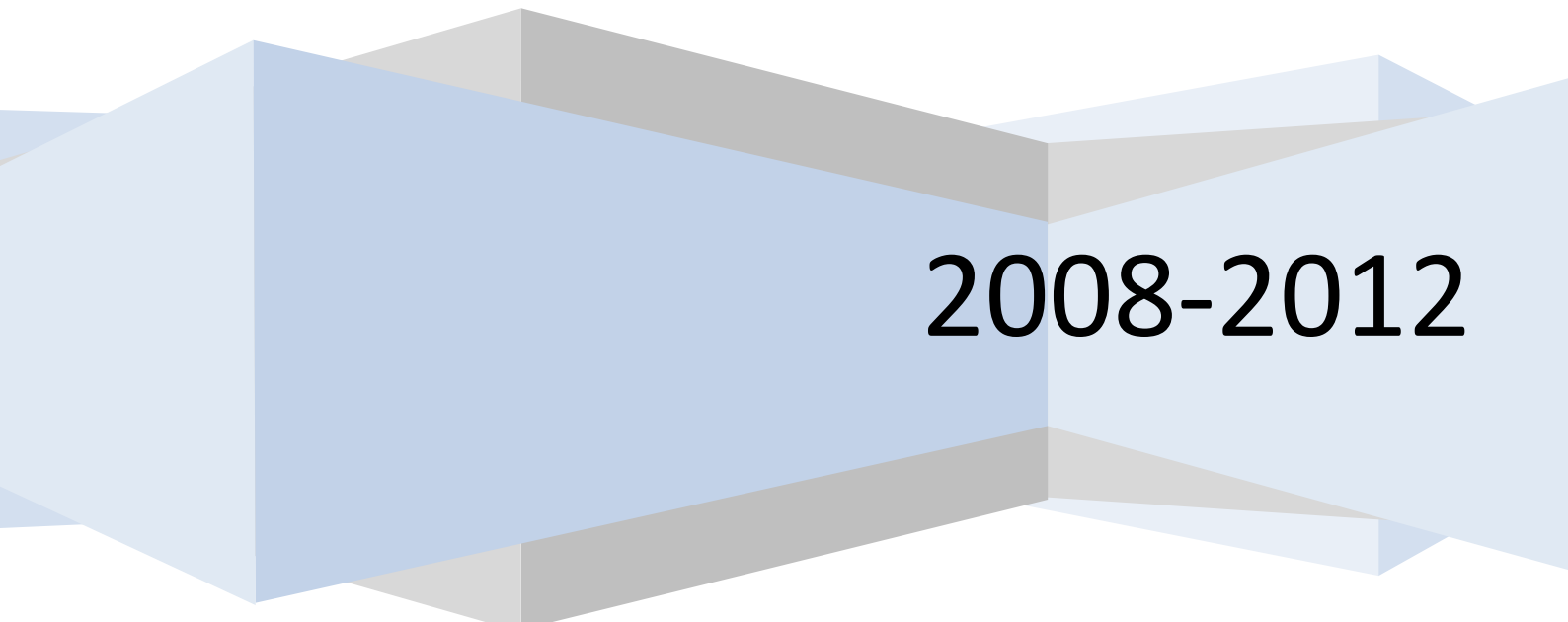


Varde Kommune

Forebyggelige indlæggelser i Varde Kommune

Sagsnr. 13/6660, Dok.nr. 57703/13



2008-2012

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	2
METODE	2
FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT 65+ ÅRIGE I VARDE KOMMUNE	4
UDVIKLINGEN I VARDE KOMMUNE	4
UDVIKLINGEN SAMMENLIGNET MED DEN REGIONALE UDVIKLING	6
BLÆREBETÆNDELSE	6
ERNÆRINGSBETINGET BLODMANGEL	7
FORSTOPPELSE	8
KNOGLEBRUD	9
NEDRE LUFTVEJSSYGDOM	10
SUKKERSYGE	11
TARMINFEKTION	12
VÆSKEMANGEL	13
FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER BLANDT KENDTE BORGERE	14
BORGERE DER MODTAGER SYGEPLEJEYDELSER	15
BORGERE DER MODTAGER PERSONLIG OG PRAKTISK HJÆLP I EGET HJEM	17
BORGERE PÅ PLEJECENTRE	19
OPSUMMERING OG INDSATS FREMADRETTET	21

For yderligere oplysninger kontakt:

Mai Bjørn Sønderby

maix@varde.dk

Tlf. 79 94 66 51 / 29 62 63 03

Indledning

Formålet med denne rapport er at give et overblik over udviklingen i forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige i Varde Kommune samt blandt borgere, der er kendt i det kommunale system. En forebyggelig indlæggelse er kendetegnet ved, at aktionsdiagnosen (dvs. den diagnose, der bedst beskriver årsagen til indlæggelsen) indgår i en række udvalgte sygdomsgrupper. Kriteriet for udvælgelsen er, at plejepersonale mv. i en vis grad kan forebygge, at borgerne bliver indlagt på sygehuset. Dog er det vigtigt at notere sig, at personalet i kommunen ikke alene er ansvarlige for, hvorvidt en borger indlægges, her spiller også almen praksis, pårørende mv. ind.

I økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og KL blev det aftalt at der i sundhedsindsatsen fremadrettet skulle være fokus på at

- Kommunerne i højere grad skal aflaste sygehusene gennem *en styrket sygeplejeindsats* (de færdigbehandlede skal hurtigt hjem og en styrket faglig indsats skal forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, genindlæggelser og korte indlæggelser).
- Kommunerne skal give *kronikerne tilbud og forløb*, der styrker deres livskvalitet, men som også reducerer udgifterne på andre velfærdsområder (beskæftigelse, socialområdet, ældreområdet m.v.).

Varde Kommune har i denne forbindelse iværksat en række projekter og tiltag under overskriften "Det Nære Sundhedsvæsen". Herunder bl.a. Akutfunktionen, Døgnrehabilitering, styrket KOL-indsats samt sygepleje- og terapeutfaglig indsats på kommunens plejecentre. Gennem disse indsats er hensigten bl.a. at styrke medarbejdernes faglige kompetencer samt at styrke dokumentation, kommunikation og samarbejde med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Rapporten er den første og vil fremrettet komme en gang om året. Formålet er at følge udviklingstendenserne i takt med at indsatsen i Det Nære Sundhedsvæsen styrkes. Rapporten kan medvirke til at understøtte arbejdet med at udvikle kvaliteten i ældreplejen, sygeplejen og på træningsområdet, den kan danne grundlag for beslutninger omkring justering eller styrkelse af indsatsen, eller den kan anvendes som opfølgning på en konkret indsats.

Metode

Alle data omkring indlæggelser er hentet gennem eSundhed – herunder ved hjælp af KØS (KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag). Befolkningstal er taget fra Danmarks Statistik. Cpr. numre på borgere i hhv. sygeplejen, hjemmeplejen og på plejecentrene er hentet gennem kommunens omsorgssystem (Avaleo). Der er hentet cpr.nr. på alle borgere, der har været visiteret til enten sygeplejen, hjemmeplejen eller som har boet på et af kommunens plejecentre. Der kan både være tale om kortere eller længere ophold/forløb. Det vil sige også borgere under 65 år.

Når rapporten gennemgås er det vigtigt at holde sig for øje, at der i nogle af sygdomsgrupperne har været meget få indlæggelser. Når der er tale om så små tal, kan det være svært at sige noget om udviklingen, da udsving kan bygge på tilfældigheder.

Når cpr.nr. på borgere i f.eks. sygeplejen køres ind i KØS hentes data på alle de indlæggelser, disse borgere har haft det pågældende år. Resultatet kan ikke vises på individniveau og det er derfor ikke muligt at vide, om kontakten med sygeplejen har fundet sted før eller efter indlæggelsen. Dette har selvfølgelig noget at sige ift. om kommunen har haft kendskab til borgeren på indlæggelsestidspunktet og dermed om det reelt har været muligt at forebygge indlæggelsen. Det vurderes at problemet er størst ift. borgere i hjemmeplejen og sygeplejen og at omfanget er relativt stort, da en indlæggelse ofte vil være efterfulgt af en tilknytning til sygeplejen og/eller hjemmeplejen i en kortere eller længere periode. Selv hvis kontakten ligger forud for indlæggelsen, er det ikke sikkert, at kommunen er i kontakt med borgeren på indlæggelsestidspunktet, borgeren kan være afsluttet inden.

Borgere kan både indgå i hjemmeplejen, sygeplejen og på et plejecenter det samme år, der for vil summen af indlæggelser for hhv. sygeplejen, hjemmeplejen og plejecentrene overstige det faktiske antal indlæggelser.

Dataene tager ikke hensyn til forskelle i befolkningssammensætningen, herunder f.eks. køn, alder, socioøkonomiske forhold mv.

I afsnittet omkring forebyggelige indlæggelser blandt kendte borgere i kommunen er inddraget en tabel over andel genindlæggelser. En genindlæggelse/fornyet kontakt er defineret som:

Fornyet kontakt inden for 30 dage er defineret som en ny akut indlæggelse inden for 30 dage, der ikke sker som følge af en ulykke eller som henvisning fra sygehus. Definitionen stiller ikke krav om, at den fornyede indlæggelse skal ske på samme sygehus eller inden for samme diagnosegruppe. Det bør bemærkes, at der ved opgørelser af fornyede kontakter ikke er taget højde for, at sygdomsforekomsten kommunerne imellem er forskellig. Opgørelserne af fornyet kontakt har således størst relevans ved sammenligning af opgørelser for egen kommune over tid.

(Brugervejledning til niveau 3, analyse-værktøj til belysning af den kommunale (med)finansiering på eSundhed)

Forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige i Varde Kommune

I dette afsnit præsenteres udviklingen i Varde Kommune i antallet af indlæggelser blandt 65+ årige fordelt på de 10 forebyggelige sygdomsgrupper.

Udviklingen i Varde Kommune

Af figur 1 ses, at det største antal indlæggelser sker inden for sygdomsgrupperne knoglebrud og nedre luftvejssygdomme samt i nogen grad inden for væskemangel og blærebetændelse. Der er ikke nogen klar tendens ift. de tre førstnævnte, mens der for nedre luftvejssygdomme ser ud til at have været en stigning fra 2010 til 2011. Denne stigning knytter sig primært til en stigning i antallet af indlæggelser som følge af KOL. En del af forklaringen kan være at finde i stigningen i antal borgere over 65 år, jf. figur 2, men det kan ikke udelukkende forklare det store spring fra 2010 til 2011.

Varde Kommune har ikke kendskab til alle borgere over 65 år, der har været indlagt som følge af en af de forebyggelige sygdomsgrupper, så det er ikke nødvendigvis alle indlæggelser i figur 1, der ville kunne være forebygget. Et godt samarbejde med almen praksis f.eks. omkring akutfunktionen vil dog kunne nå nogle af de borgere, vi ikke har kendskab til. Endvidere vil ikke alle indlæggelser reelt kunne være forebygget på trods af, at borgeren var kendt. F.eks. kan man begrænse antallet men ikke undgå alle faldulykker og der vil også være ældre, der får lungebetændelse, selvom plejepersonalet har taget alle forholdsregler.

Figur 1: Antal forebyggelige indlæggelser i Varde Kommune fordelt på sygdomsgrupper, 2008-2012

Af figur 2 ses, at befolkningstallet for 65+ årige i Varde Kommune har været stærkt stigende de seneste år, hvilket er helt i tråd med den generelle befolkningsudvikling. Samtidig ses, at antallet af 65+ årige fortsat forventes at stige i de kommende år.

Figur 2: Antal borgere 65+ år i Varde Kommune, 2008-2013 samt befolkningsfremskrivning 2014-2017

Udviklingen sammenlignet med den regionale udvikling

I dette afsnit sammenlignes udviklingen inden for forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige de seneste 5 år i Varde Kommune med den gennemsnitlige regionale udvikling. Der er en figur for hver sygdomsgruppe og antallet af indlæggelser er opgjort pr. 10.000 borgere over 65 år. Det vil sige at Varde kan sammenlignes direkte med regionen og samtidig bliver der taget højde for en generel stigning i antallet af ældre (figur 2). Da der er stor forskel på antal indlæggelser imellem de forskellige sygdomsgrupper, skal man være opmærksom på, at de forskellige figurer ikke har ens akser, når figurerne sammenlignes på tværs.

Sociale og plejemæssige forhold samt tryksår har så få indlæggelser pr. 10.000 borgere 65+ (<5) både i Varde Kommune og i Regionen, at en sammenligning ikke er fundet relevant.

Blærebetændelse

Figur 3 viser at Varde Kommune har oplevet et mindre fald fra 2011 til 2012 mens der for regionen har været en meget svag stigning. Faldet sker efter at der nogle år har været en stigning. Varde Kommune har i løbet af de fem år ligget under regionsgennemsnittet det meste af tiden.

Figur 3: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af blærebetændelse i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Ernæringsbetinget blodmangel

Figur 4 viser, at antallet af indlæggelser har været stort set uændret de seneste fem år. Varde Kommune ligger lige under regionsgennemsnittet, men da der er tale om små tal, kan det være en tilfældighed.

Figur 4: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af ernæringsbetinget blodmangel i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Forstoppelse

Af figur 5 ses at udviklingen er gået lidt op og ned i Varde Kommune, men igen er der tale om et lille datagrundlag, så det er svært at tegne et klart billede. I regionen ser der ud til at være et svagt fald.

Figur 5: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af forstoppelse i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Knoglebrud

Af figur 6 ses at der har været et fald fra 2011 til 2012 både i Varde Kommune og i regionen. Det kunne være et resultat af et øget fokus på faldforebyggelse. Ser man længere tilbage har udviklingen dog gået lidt op og ned i Varde Kommune og i 2008 var der relativt færre indlæggelser end der var i 2012.

Figur 6: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af knoglebrud i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Nedre luftvejssygdom

Af figur 7 ses igen den store stigning fra 2010 til 2011 som berørt i foregående afsnit. Varde Kommune ligger generelt under regionsgennemsnittet og har fra 2011 til 2012 oplevet et relativt fald, mens Regionen har oplevet en stigning. Der er i 2013 iværksat en styrket KOL-indsats både ift. primær forebyggelse (f.eks. rygestop), tilbud til borgere med KOL, kompetenceudvikling af frontpersonalet, akutfunktion med KOL som et af flere indsatsområde samt afprøvning af telemedicinsk udstyr. Det er derfor et område, hvor det bliver spændende at følge udviklingen fremadrettet.

Figur 7: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af nedre luftvejssygdom i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Sukkersyge

Af figur 8 ses, at der i perioden 2009-2011 er sket et fald i Varde Kommune mens det fra 2011 til 2012 igen er steget lidt. Det kan skyldes en styrket indsats på dette område bl.a. i form af kompetenceudvikling af frontpersonalet. Det er dog stadig meget få indlæggelser, det drejer sig om, så der kan ikke tegnes et klart billede. Regionen ser ud til at have oplevet et generelt fald over årene på trods af en stigende forekomst af sukkersyge, hvilket også kan vække mistanke om en ændret registreringspraksis. Sukkersyge er i forvejen en lidelse, hvor indlæggelser ofte registreres under andre diagnoser.

Figur 8: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af sukkersyge i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Tarminfektion

Af figur 9 ses, at udvikling i indlæggelser har været relativt stabil med et lille udsving i 2010 for Varde Kommunes vedkommende. Der er dog også tale om en sygdomsgruppe med få indlæggelser.

Figur9: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af tarminfektion i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Væskemangel

Af figur 10 ses en stabil udvikling med et midlertidigt fald i 2009 i Varde Kommune. De øvrige år ligger Varde Kommune tæt op ad regionsgennemsnittet.

Figur 10: Indlæggelser pr. 10.000 borgere som følge af væskemangel i Varde Kommune og Region Syddanmark, 2008-2012

Forebyggelige indlæggelser blandt kendte borgere

I dette afsnit vises forebyggelige indlæggelser for borgere i sygeplejen, hjemmeplejen og på plejecentrene. Opgørelsen indeholder metodemæssige forbehold nærmere beskrevet i metodeafsnittet.

Borgerne der indgår i nedenstående grafer har i nogen udstrækning været kendt af personalet i kommunen, da de blev indlagt. Det vil sige at der blandt disse vil være tilfælde, hvor en indlæggelse kunne være forebygget, hvis der var observeret, dokumenteret og handlet virkningsfuldt. Det er derfor væsentligt at følge, om der sker en udvikling i antallet af indlæggelser i disse målgrupper. Dog tages forbehold for, at nogle af borgerne måske ikke var kendte i kommunen på indlæggelsestidspunktet, som beskrevet i metodeafsnittet.

Når der sammenlignes med figur 1 bemærkes, at en mindre del af de borgere, der modtager sygeplejedydelser, personlig/praktisk hjælp eller bor på plejecenter, er under 65 år.

Borgere der modtager sygeplejeydelser

Af figur 11 ses igen, at nedre luftvejssygdomme er en af de helt store sygdomsgrupper, og som samtidig har været i stigning de seneste år, med undtagelse af et fald fra 2011 til 2012. Knoglebrud og væskemangel har, foruden ovennævnte grupper, en del indlæggelser.

Sammenlignet med figur 1 ses, at der er mange forebyggelige indlæggelser blandt borgere (inkl. borgere under 65 år), der modtager sygeplejeydelser i kommunen, set i forhold til forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige generelt – stadig med det forbehold, at nogle af kontakterne sker efter indlæggelsen.

Figur 11: Forebyggelige indlæggelser blandt borgere der modtager sygeplejeydelser fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Af figur 12 ses, at antallet af borgere, der modtager sygeplejeydelser, har været stigende de seneste fem år. Det skyldes dels et stigende antal ældre borgere, men kan formentlig også skyldes, at der er sket en udvikling hen mod, at borgere udskrives med mere komplekse problemstillinger. Stigningen i antal borgere der modtager sygeplejeydelser kan forklare en del af stigningen i antallet af indlæggelser i figur 11.

Figur 12: Antal borgere der modtager sygeplejeydelser, 2008-2012

Af tabel 1 ses, at ift. blærebetændelse, nedre luftvejssygdomme og væskemangel er omkring hver fjerde indlæggelse en genindlæggelse.

	2008	2009	2010	2011	2012
Blærebetændelse	35	50	13	37	25
Ernæringsbetinget blodmangel	20	8	25	31	38
Forstoppelse	38	12	15	33	13
Knoglebrud	6	2	0	4	4
Nedre luftvejssygdom	26	20	17	24	23
Sociale og plejemæssige forhold			100	0	0
Sukkersyge	6	11	25	38	13
Tarminfektion	25	33	25	50	0
Tryksår	60	0	20	0	0
Væskemangel	21	12	22	14	24

Tabel 1: Procentdel genindlæggelser af det samlede antal indlæggelser blandt borgere, der modtager sygeplejeydelser, fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Borgere der modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem

Af figur 13 ses, at de store sygdomsgrupper blandt borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem, ligeledes er nedre luftvejssygdomme og knoglebrud men også væskemangel. Alle tre grupper har oplevet stigninger de seneste år, dog er der et fald i indlæggelser som følge af knoglebrud fra 2011 til 2012.

Figur 13: Forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem, fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Figur 14 viser antallet af borgere der har modtaget personlig og praktisk hjælp i eget hjem. Antallet er stigende frem mod 2010 hvorefter der er sket et fald. Dette fald er ekstra bemærkelsesværdigt set i lyset af, at der hvert år bliver flere ældre. Det kan skyldes, at man i kommunen er begyndt at arbejde med hverdagsrehabilitering.

Figur 14: Antal borgere der modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem, 2008-2012

Tabel 2 viser, at en stor del af indlæggelserne som følge af ernæringsbetinget blodmangel, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme, blærebetændelse og væskemangel er genindlæggelser. Flere af disse er diagnoser, der kunne tyde på en dårlig opfølgning på en indlæggelse f.eks. øget opmærksomhed på tilpasning af kost og lign. Det er ikke sikkert, at den primære indlæggelse i var som følge af en af de forebyggelige diagnosegrupper. Når tabellen gennemgås må man være opmærksom på, at flere af grupperne har meget få indlæggelser, så der kan let ske store udsving,

	2008	2009	2010	2011	2012
Blærebetændelse	36	0	14	36	21
Ernæringsbetinget blodmangel	13	13	18	30	43
Forstoppelse	25	7	30	20	33
Knoglebrud	3	5	0	4	6
Nedre luftvejssygdom	28	18	15	21	27
Sociale og plejemæssige forhold	-	-	100	0	0
Sukkersyge	0	8	22	25	7
Tarminfektion	50	40	22	56	0
Tryksår	-	-	20	0	-
Væskemangel	35	21	20	12	23

Tabel 2: Procentdel genindlæggelser af det samlede antal indlæggelser blandt borgere, der modtager personlig og praktisk hjælp i eget hjem, fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Borgere på plejecentre

Figur 15 viser antallet af forebyggelige indlæggelser blandt borgere på kommunens plejecentre. Der kan dels være tale om borgere med fast bolig og borgere der er/har været på midlertidige ophold.

Figuren viser, at indlæggelser som følge af nedre luftvejssygdom er steget kraftigt fra 2011 til 2012. Det samme er tilfældet med væskemangel, om end det er i mindre skala. Antallet af indlæggelser som følge af knoglebrud har været stigende siden 2009.

Figur 15: Forebyggelige indlæggelser blandt borgere på plejecentre fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Figur 16 viser udviklingen i antallet af borgere der har været på et af kommunens plejecentre det pågældende år. Antallet har været stabilt frem til 2011 hvorefter der er sket en stor stigning frem til 2012. Denne store stigning forklarer en del af de kraftige stigninger man så i figur 15.

Figur 16: Antal borgere på plejecentre, 2008-2012

Af tabel 3 ses, at genindlæggelser af borgere på plejecentrene primært sker inden for sygdomsgrupperne sukkersyge, nedre luftvejssygdomme, væskemangel, forstoppelse og blærebetændelse. Selvom det for flere af grupperne ikke drejer sig om mange faktiske indlæggelser, kunne det, som ved tabel 2, tyde på en mangelfuld opfølgning på en indlæggelse.

Rækkenavne	2008	2009	2010	2011	2012
Blærebetændelse	25	67	0	33	21
Ernæringsbetinget blodmangel	33	0	0	0	-
Forstoppelse	50	0	0	33	25
Knoglebrud	6	0	0	7	7
Nedre luftvejssygdom	32	20	16	21	29
Sociale og plejemæssige forhold	-	-	-	-	0
Sukkersyge	0	22	33	0	40
Tarminfektion	-	50	25	100	0
Tryksår	100	-	25	-	0
Væskemangel	22	13	36	0	27

Tabel 3: Procentdel genindlæggelser af det samlede antal indlæggelser blandt borgere på plejecentre fordelt på sygdomsgruppe, 2008-2012

Opsummering og indsats fremadrettet

På baggrund af rapporten konkluderes, at de fleste af de forebyggelige indlæggelser i Varde Kommune sker som følge af knoglebrud og nedre luftvejssygdomme. Herudover er der også et vist antal indlæggelser som følge af væskemangel og blærebetændelse.

Der er i 2013 iværksat en styrket KOL-indsats, hvor man dels fokuserer på forebyggelse af rygestart og dels på rygestop, der gerne skulle forebygge at KOL opstår og dermed reducere indlæggelser på lang sigt. Herudover sættes fokus på koordinering og formidling af kommunens tilbud til borgere med KOL, der bl.a. kan styrke borgernes egenomsorgsevne og håndtering af deres sygdom og dermed undgå indlæggelser på kort sigt. Faldforebyggelse er ligeledes et område, der har været arbejdet med i Varde Kommune, og som vil blive taget op igen i forbindelse med den terapeutfaglige indsats på plejecentrene, der iværksættes i 2013.

For de fleste af sygdomsgrupperne ligger antal indlæggelser pr. 10.000 borger 65+ år i Varde Kommune tæt ved regionsgennemsnittet. Dog har Varde Kommune oplevet et fald i nedre luftvejssygdomme og blærebetændelse fra 2011 til 2012.

Rapporten viser, at en stor del af de forebyggelige indlæggelser finder sted blandt de borgere, der er kendt i kommunen. På trods af, at nogle af dem eventuelt først bliver kendt efter en indlæggelse, giver det god mening at øge kvaliteten i indsatsen på plejecentrene, i hjemmeplejen og i sygeplejen. Det bekræftes også af, at der, blandt borgere kendt i kommunen, er en del genindlæggelser, der umiddelbart burde kunne forebygges gennem en øget opmærksomhed på f.eks. kost.

Dette arbejde er der taget hul på i indsatserne omkring Det Nære Sundhedsvæsen. Herunder vil både rutesygeplejerskerne samt akutfunktionen i sygeplejen i højere grad samarbejde med hjemmeplejen og plejecentrene fremadrettet både i forhold til at forebygge at borgere bliver indlægningstruede (kompetenceløft), at handle når borgere er indlægningstruede (kompetenceløft og triage/tidlig opsporing ved hjælp af enkelt, visuelt værktøj) samt at skabe alternativer til en indlæggelse for borgere, hvor en specialiseret sygehusbehandling ikke er nødvendig (akutfunktionen i samarbejde med almen praksis). Netop på baggrund af denne indsats, er det relevant, at udviklingen i forebyggelige indlæggelser følges fremadrettet.

Det kan være svært at afgøre om de indlæggelser, der indgår i denne opgørelse reelt er forebyggelige. Stigningen i knoglebrud kan eksempelvis skyldes at vintrene er blevet hårdere med flere dage med glat føre. Tallene kan dog give en indikation på, hvordan udviklingen er på området, og hvilke områder, det kan svare sig at sætte fokus på. Et øget fokus kunne eksempelvis være i form af journalaudit på udvalgte journaler, hvor hele forløbet gås efter i sømmene og problemstillinger tages ud og analyseres mhp. justering af indsatsen.

Yderligere opfølgning kunne endvidere være en øget differentiering af indlæggelser på de enkelte plejecenterområder. Således kunne man i nogen udstrækning få en viden om, hvorvidt man i nogle områder har større udfordringer med en type forebyggelige indlæggelser end i andre. Denne viden kunne være et læringsredskab for de enkelte centre og det kunne indgå i vurderingen af, hvor den sygepleje-/terapeutfaglige indsats, der iværksættes fra juni 2013, kan sætte sit fokus.

Afslutningsvist påpeges, at der i Varde kommune i 2012 var knap 600 forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige. Heraf er nogle af borgerne ikke kendt i kommunen og nogle af indlæggelserne ikke reelt forebyggelige, på trods af at borgeren er kendt. Da antallet er ældre er stigende vil antallet af indlæggelser, alt andet lige, også stige, så det er væsentligt at have fokus på forebyggelige indlæggelser blandt ældre, men samtidig bør det ikke være eneste fokus. Nyfødte genindlægges i stigende grad, formentlig som følge af at familierne udskrives til eget hjem tidligere i dag end for få år siden. Her har kommunen handlemuligheder gennem sundhedsplejen, og en styrkelse af svangre- og barselsomsorgen er da også et punkt på regeringens nye sundhedsudspil fra maj 2013. Herudover er der, med den nye fleks- og førtidspensionsreform, fokus på rehabilitering af borgere, der har nogle barrierer/begrænsninger i forhold til at indgå på arbejdsmarkedet. Der kan både være tale om psykiske og somatiske problemstillinger men

fælles for dem er, at det drejer sig om yngre borgere og det har store menneskelige og økonomiske omkostninger.