

Oplæg vedr. sundhedsaftale III - somatik

1. Baggrund og proces

Mange borgere har sygdomsforløb, der både kræver indsats i kommuner, hos praktiserende læge og på hospital. Et velfungerende samarbejde mellem kommuner, praksissektoren og regioner er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende bliver rask eller understøttes i at leve med sin sygdom. Sundhedsaftalen, som dette notat vedrører, er et redskab til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i forløb, der går på tværs af sektorer.

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som forventes at blive større i fremtiden. Den løbende faglige udvikling på sundhedsområdet med kortere indlæggelser og øget ambulant behandling, giver en større rolle til det nære sundhedsvæsen. I denne udvikling er det afgørende, at kommunerne i fællesskab, og sammen med regionen og almen praksis, finder fælles løsninger.

De gældende sundhedsaftaler, som er indgået mellem regionsråd og kommunalbestyrelser, udløber ved udgangen af 2014, hvorfor der skal indgås en ny sundhedsaftale for perioden 2015-2018. Regeringen har besluttet, at der fremover kun skal være én sundhedsaftale pr. region. Det betyder, at kommunerne i Region Hovedstaden skal indgå én sundhedsaftale med Region Hovedstaden fremfor, at hver enkelt kommune har individuelle forhandlinger med regionen. Endvidere er det som noget nyt udmeldt fra regeringen, at almen praksis i højere grad skal være forpligtet af sundhedsaftalen. De øvrige rammer beskrives i bekendtgørelse og vejledning for sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalgene, som er under revision og forventes færdig ultimo 2013.

I forbindelse med forberedelsen af sundhedsaftale III er der i kommunalt regi igangsat en proces for udarbejdelse af et stærkt fælleskommunalt oplæg med en vision for sundhedsaftalen. I den proces er der afsat tid til lokale drøftelser i den enkelte kommune og i klyngerne for at sikre forankring og ejerskab til oplægget og i sidste ende den endelige aftale.

I september 2014 har der været afholdt et administrativt og et politisk dialogmøde, hvor der er givet input til en fælleskommunal vision og målsætninger for sundhedsaftale III. Derudover er der et naturligt afsæt i det fælleskommunale fælles ramme- og målsætningspapir "Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen", som de 29 kommuner i Region Hovedstaden alle har godkendt. Papiret rummer dog kun indsatser på det somatiske område. Da sundhedsaftalen omhandler både det somatiske og psykiatriske område, er der endvidere arbejdet med et bud på fælleskommunalt oplæg til psykiatriområdet i sundhedsaftale III. Oplæggene til sundhedsaftale III om hhv. det somatiske og psykiatriske område er beskrevet i to særskilte notater, men spiller naturligvis tæt sammen.

På baggrund af det fælleskommunale rammepapir og de to dialogmøder er der i dette notat beskrevet forslag til vision og målsætninger. Notatet behandles i Embedsmandsudvalget for Sundhed, K29 og KKR forud for høringsrunden i kommunerne.

2. En fælleskommunal vision for den somatiske del af sundhedsaftale III

I boksen neden for ses forslaget til fælleskommunal vision for den somatiske del af sundhedsaftale III. Herefter udfoldes elementerne i visionen.

Forslag til fælleskommunal vision for somatik

- Vi tager udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer
- Vi understøtter sammenhængende forløb i kommuner, almen praksis og region

Sundhedsindsatserne i kommuner, almen praksis og region er til for borgeren. Formålet med indsatserne er, at borgeren bliver rask eller understøttes i at leve med sin sygdom. Dette fordrer, at sundhedsaftalens parter ikke kun kigger snævert på borgerens sygdom, men også tager **udgangspunkt i borgerens samlede ressourcer og behov**, med henblik på at give borgeren den rette indsats. Samtidig fordrer det, at alle forløb tilrettelægges i dialog med borgeren og dermed medvirker til at borgeren får de bedste muligheder for at deltage aktivt og tage ejerskab i eget forløb. Med udgangspunkt i en rehabiliteringstankegang skal der fokuseres på at give borgere med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse. Sundhedsaftalen skal være med til at understøtte, at den enkelte borger er eller bliver herre i eget liv. Heri ligger at borgeren skal støttes til at bringe egne ressourcer i spil og så vidt muligt tage aktivt medansvar og ejerskab i eget forløb. Et vigtigt element heri kan være inddragelse af borgerens netværk og frivillige/civilsamfund.

Det tværsektorielle samarbejde i sundhedstrekanten er omfattende og komplekst, og det er fortsat en fælles udfordring for sundhedsaftalens parter at skabe et velfungerende tværsektorielt samarbejde. Et vigtigt element i at understøtte borgeren som aktiv aktør i eget forløb er at sikre et **sammenhængende forløb**, hvor overgange opleves som sømløse. For at opnå dette skal der afprøves nye samarbejdsmodeller der sikrer at samarbejds muligheder udfoldes og udnyttes bedst muligt. Derudover skal der fortsat være fokus på at indgå klare aftaler mellem region, almen praksis og kommuner om hvem der bidrager med hvad og hvornår i den konkrete opgaveløsning, samt følge op på implementering af aftalerne. Et velfungerende tværsektorielt samarbejde kræver, at parterne nemt kan kommunikere om borgerens forløb og udveksle de rette oplysninger. Derfor er velfungerende sundheds-it afgørende for at det tværsektorielle samarbejde kan lykkes.

I takt med at opgaverne i det nære sundhedsvæsen bliver flere og mere specialiserede, kræver en velfungerende opgaveløsning et stærkt fokus på en høj og ensartet kvalitet, bl.a. i form af opbygning af de rette tilbud og de rette kompetencer. Det vil være nødvendigt at kommunerne fremover i langt større grad samarbejder med hinanden med henblik på at opnå rette volumen og et stærkt fagligt kompetenceniveau. Kommunerne skal forpligte sig som kompetent og ansvarlig samarbejdspartner.

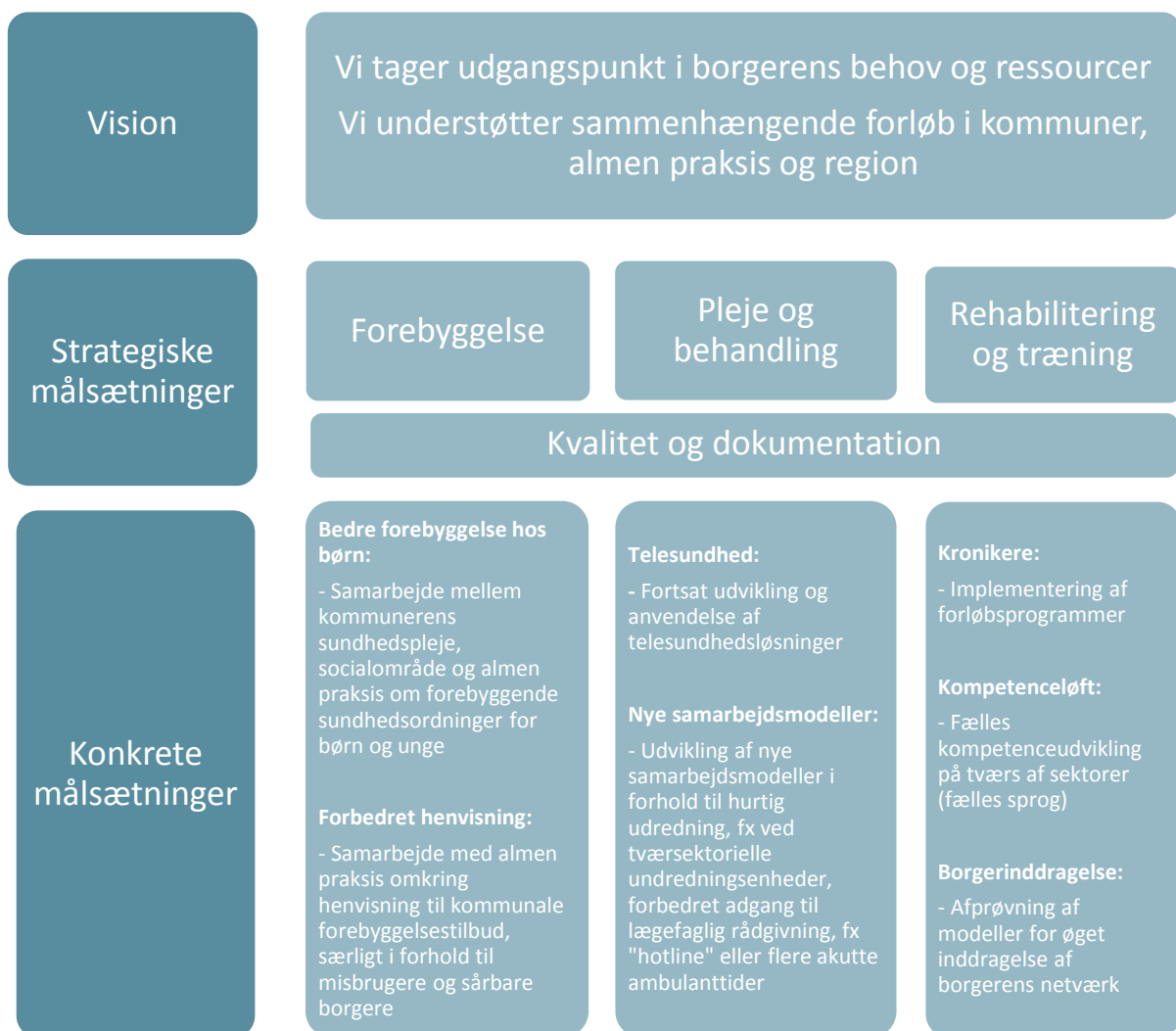
3. Strategiske målsætninger

Under visionen er formuleret fire strategiske målsætninger, der skal bidrage til at operationalisere visionen. De strategiske målsætninger er hhv. forebyggelse, pleje og behandling, rehabilitering og træning samt nogle tværgående målsætninger om kvalitet og dokumentation. De første tre strategiske målsætninger kan være tidsmæssigt forbundne i et forløb, men de kan ofte med fordel

foregå samtidigt. Særligt skal en rehabiliterende tænkning og indsats så vidt muligt indgå som et vigtigt element i alle faser af et forløb.

Figuren på næste side viser et billede af forslaget til vision og målsætninger for det somatiske område i sundhedsaftale III. De konkrete målsætninger, der er indskrevet under de strategiske målsætninger er *eksempler* på, hvilke konkrete målsætninger der kan formuleres under de strategiske målsætninger. De er på nuværende tidspunkt alene taget med for at illustrere mulighederne, og er ikke udtømmende. Endvidere gælder det for flere af de konkrete målsætninger, at de vil påvirke andre strategiske målsætninger end det de er skrevet under.

Figur 1: Fælleskommunal vision og målsætninger i sundhedsaftale III - somatik



3.1. Forebyggelse

Sundhedsaftalen skal understøtte et fortsat fokus på patientrettet forebyggelse. Allerede opstået sygdom skal håndteres, så der så vidt muligt ikke sker yderligere forværring.

Kommunerne har ansvaret for at udbyde konkrete sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til borgerne. Tilbuddene fastlægges blandt andet i forlængelse af de kommunale sundhedsprofiler der

beskriver hvilke særlige sundhedsudfordringer der bør fokuseres på. Hospitaler og almen praksis har en meget vigtig rolle i forhold til at henvise patienter til kommunernes forebyggelsestilbud, et samarbejde der med fordel kan udvikles yderligere i sundhedsaftalen. Dette kræver at der er opmærksomhed på at opspore og afdække behov for forebyggelsesindsatser hos borgeren, samt kendskab til kommunernes tilbud (via sundhed.dk).

Det er en fælles udfordring at sikre at forebyggelsestilbud bliver gjort tilgængelige for alle borgere og særligt at understøtte, at de borgere der har størst behov for forebyggelsestilbud, modtager dem. Dette kan eksempelvis være borgere med kroniske lidelser, borgere med misbrug og socialt udsatte borgere. Der er ligeledes behov for at fokusere særligt på samarbejdet omkring indsatser for børn og unge samt gravide, herunder eksempelvis udvikling af samarbejdet mellem kommunernes sundhedspleje, socialområde og almen praksis omkring forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, samt udvikling af samarbejdet mellem almen praksis, fødeafdelinger og kommunernes sundhedspleje/socialforvaltning omkring implementering af svangre-anbefalingerne.

Sundhedsindsatserne i kommune, region og almen praksis er til for alle borgere, men der er stor forskel på hvor meget forskellige borgergrupper bruger sundhedsindsatserne. Sundhedsaftalens parter skal derfor i fællesskab skabe helhedsorienterede og differentierede sundhedstilbud der tilgodeser særlige behov og sikrer, at alle borgere modtager den rette indsats og behandling, der hvor det giver mest mening, med henblik på at fremme lighed i sundhed. "Ulighed" i adgang til sundhedsvæsenet kan være med til at fremme lighed i sundhed.

3.2. Pleje og behandling

Sundhedsaftalen skal bidrage til at skabe sammenhængende og effektive pleje- og behandlingsforløb for borgere der modtager indsatser på tværs af kommuner, almen praksis og regionen.

I takt med at hospitalerne i stigende grad omlægger til ambulans behandling og reducerer antallet af dage borgerne er indlagt, stilles der øgede krav til den kommunale indsats og opdages nye perspektiver i samarbejdet om det nære sundhedsvæsen. Derfor bliver kommuner, region og almen praksis udfordret på i fællesskab at forebygge, at borgerne kommer på hospitalet. Når en borger er indlagt, skal der i fællesskab aftales smidige og veltilrettelagte forløb der sikrer at borgeren ikke bliver kastebold mellem afdelinger, områder eller sektorer. Endelig skal der i fællesskab aftales gode udskrivningsforløb der i videst muligt omfang sikrer, at borgere ikke ligger på hospitalet efter de er færdigbehandlede og ikke bliver genindlagt. Det er aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner¹, at kommuner og regioner opstiller fælles målsætninger for den patientrettede forebyggelsesindsats med udgangspunkt i indikatorer for u hensigtsmæssige genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, u hensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene. Derudover har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række indikatorer, hvormed sundhedsaftalens parter kan måle hvordan dette samarbejde fungerer og det er dermed muligt at sætte konkrete mål for samarbejdet

Med henblik på at løfte kvaliteten i opgavevaretagelsen og sikre at borgerens samlede situation bliver omdrejningspunktet for indsatserne, skal der dels arbejdes ud fra en ressourceunderstøttede og rehabiliterende tilgang til borgerne hos alle tre aktører, dels udvikles og afprøves nye samarbejdsmodeller. Dette kan eksempelvis ske gennem indgåelse af partnerskaber, herunder

¹ Jf. Aftale om regionernes og kommunernes økonomi for 2014.

shared care og integrated care modeller, hvor parterne bidrager i en samtidig indsats som ligeværdige aktører. Eksempler på mulige fokusområder kunne være akutindsatsen, eksempelvis omkring forebyggelse af indlæggelser (fx ved tværsektorielle akutteams), hurtig udredning (fx tværsektorielle udredningsenheder) og forbedret adgang til lægefaglig rådgivning. Der vil desuden være behov for at udvikle et tættere samarbejde mellem kommuner og almen praksis på en række områder, herunder i forhold til opfølgende hjemmebesøg som en del af udmøntningen af handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Velfungerende og effektive forløb understreger ligeledes et behov for forventningsafstemning og præcise aftaler, der fastlægger ansvarsområder, handlemuligheder og handleforpligtelser, og som sikrer fokus på sammenhæng og sømløse overgange. Herunder skal der følges op på implementeringen af allerede indgåede aftaler, herunder eksempelvis i relation til kommunikationsaftalen for indlæggelser og udskrivninger.

3.3. Rehabilitering og træning

Kommuner, almen praksis og region skal samarbejde om at tilbyde sammenhængende indsatser af høj faglig kvalitet med henblik på rehabilitering til alle borgere der oplever nedsat funktionsevne som følge af sygdom. Herunder skal sundhedsaftalen bl.a. bidrage til at sikre genoptræning til borgere med behov herfor.

Sundhedsaftalen skal være med til at understøtte, at den enkelte borger bliver i stand til at leve bedst muligt med sin sygdom og støttes i at bringe egne ressourcer i spil og tage ansvar for at håndtere sygdommen. Et vigtigt understøttende element kan være inddragelse af netværk, herunder pårørende, og frivillige/civilsamfund, og sundhedsaftalens parter kan udvikle og afprøve modeller for denne inddragelse.

Borgere med komplekse problemstillinger eller behov for multidisciplinære rehabiliteringsindsatser, herunder særligt borgere med kroniske lidelser og ældre medicinske patienter, skal tilbydes en sammenhængende indsats med henblik på at forbedre funktionsevnen. Målgruppen vil ofte have behov for både behandlende og forebyggende indsatser parallelt med eller som en del af den rehabiliterende indsats. Det understreger den fælles tværsektorielle udfordring i at skabe sammenhæng og kontinuitet i det enkelte forløb. Kommuner, almen praksis og region skal samarbejde omkring udredning af funktionsevne og afklaring af rehabiliteringsbehov- og potentiale. Et vigtigt udgangspunkt for et velfungerende tværsektorielt samarbejde på dette område er at skabe et fælles sprog, tankesæt og handlemuligheder i relation til et rehabiliterende perspektiv på borgeren, herunder fx udvikling af fælles stratificeringsmodeller.

Mere end hver tredje borger i Region Hovedstaden lever med en eller flere kroniske lidelser². Der er derfor behov for fortsat fælles opmærksomhed på implementering af forløbsprogrammerne for borgere med kroniske lidelser, herunder velfungerende henvisning og fælles videreudvikling af forløbsprogrammerne i relation til multisyge borgere og/eller en tværdiagnostisk tilgang. Herudover er der behov for videreudvikling af samarbejdet mellem almen praksis og kommunernes sundheds-, beskæftigelses- og socialområder omkring en samlet rehabiliterende indsats for borgere med kroniske lidelser, herunder psykiske lidelser, mulitsygdom, borgere med skadeligt alkoholforbrug og

² Region Hovedstaden, *Kroniske sygdomme – forekomst af kroniske sygdomme*, 2011

/ eller stofmisbrug samt socialt udsatte borgere, særligt i forhold til samarbejder der sigter mod at fastholde borgere med kroniske lidelser i arbejde eller sikre tilbagevenden til arbejde.

3.4. Kvalitet og dokumentation

Kvalitet og dokumentation er et bud på et fælles tværgående udviklingsområde mellem region, almen praksis og kommuner, som har relevans for alle dele af borgerens forløb. Udviklingsområdet spænder fra udvikling af faglige evidensbaserede og omkostningseffektive metoder, til digital understøttelse af konkrete arbejds gange i forbindelse med sektorskift.

Sundhedsaftalens parter skal forpligte hinanden på i fællesskab at sikre effektive indsatser af høj faglig kvalitet. Et højt kompetenceniveau på tværs af sektorer, fx opnået ved indsatser som ”fælles skolebænk”, er en forudsætning for et højt kvalitetsniveau i den enkelte sundhedsindsats.

Kommunerne er det naturlige udgangspunkt for løsningen af en lang række opgaver på sundhedsområdet, da det er her borgerne har deres hverdag og opgaveløsningen kan ses i tæt sammenhæng med de øvrige velfærdsområder. Dermed kan opgaven løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON) og tæt på borgerens nærmiljø. Med henblik på at understøtte den nære opgaveløsning skal region og kommuner i fællesskab videreudvikle og anvende telesundhedsløsninger. Derudover er velfungerende sundheds-it, herunder Fælles Medicinkort, MedCom standarder mm., afgørende for et tværsektorielt samarbejde af høj kvalitet, hvor parterne nemt kan kommunikere og udveksle de rette oplysninger.

Der er fortsat stort behov for viden og evidens omkring hvilke indsatser og samarbejder på sundhedsområdet der er effektive. Sundhedsaftalen skal danne grundlag for opsamling af viden og parterne skal forpligte hinanden på at de indsatser der igangsættes under sundhedsaftalen dokumenteres og effektevalueres.