

26. MAJ 2014

Kommunernes fælles rolle – udviklingen af nære sundhedsvæsen i 2014 - 2015

Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som ikke bliver mindre i fremtiden. I den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen er det afgørende, at kommunerne i fællesskab sætter dagsordenen ud fra fælles rammer og målsætninger. Kommunerne skal i fællesskab og lokalt arbejde med de sundhedsindsatser, der gavner borgerne bedst når de løses tæt på borgerne.

KL's udspil "Det nære sundhedsvæsen" skitserer strategien for etablering af et stærkt og nært sundhedsvæsen, der:

- Er borgernes indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og egentræning
- Understøtter behandlingen af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgernes mulighed for at tage hånd om egen sygdom gennem blandt andet brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

I økonomiaftalerne for 2013 og 2014 fik kommunerne et varigt økonomisk løfte til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Kommunerne skal vise, at de kan løfte opgaven. Midlerne og de politiske intentioner skal omsættes til konkrete initiativer og resultater. Det skal være tydeligt, hvad midlerne anvendes til – til gavn for borgeren.

"Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen i 2014 - 2015" – i daglig tale kaldet "rammepapiret for somatik" – er anden generation af rammepapiret. Det første rammepapir blev godkendt i alle 29 kommuner i foråret 2013. Der er i foråret 2014 foretaget en opfølgning på rammepapiret for 2013, med udgangspunkt i spørgeskemadata fra KL og spørgeskemadata indsamlet af Embedsmandsudvalget for Sundhed. Med afsæt i opfølgningen er der foretaget en mindre revision af rammepapiret, hvor de indsatser som alle kommuner lever op til, er taget ud.

Der er endvidere i 2014 udviklet et rammepapir for psykiatri, som efter samme struktur beskriver fælles rammer og målsætninger for kommunernes arbejde på det psykiatriske område.

Rammepapiret for psykiatri gælder ligeledes for perioden 2014 og 2015.

Tværgående fokuspunkter i udviklingen af det nære sundhedsvæsen

Kommunerne fungerer i tæt samspil med hospitaler og almen praksis/praksissektoren i sundhedstrekanten. I takt med at hospitalerne løser stadigt mere specialiserede opgaver varetager kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger de nære sundhedsopgaver tæt på borgeren.

Samspelet mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen skal understøttes og udbygges, så den enkelte borger får og oplever en sammenhængende og koordineret indsats. Kommunerne skal stille krav til samarbejdspartnerne om, at de er tilgængelige for kontakt og støtter kommunerne med specialsthjælp.

Det nære sundhedsvæsen har udgangspunkt i borgerens samlede situation. Kommunerne skal levere en tværfagligt sammenhængende indsats for borgerne. Indsatsen i det nære sundhedsvæsen skal kobles tæt med den øvrige kommunale indsats indenfor fx socialområdet, beskæftigelsesområdet mv.

Udviklingen af indsatser i det nære sundhedsvæsen stiller store krav til kommunerne. Kommunerne skal kunne sikre indsatser af høj kvalitet til alle borgere med behov og samtidig udnytte ressourcerne bedst muligt. Fremadrettet skal kommunerne etablere tværkommunale samarbejder, hvor det giver mening, for at skabe volumen i forhold til mere specialiserede opgaver og for at sikre de nødvendige kompetencer er til rådighed.

I udviklingen af det nære sundhedsvæsen er det væsentligt at inddrage borgernes egne ressourcer og civilsamfundets organisationer. Borgerne er ikke passive modtagere af sundhedsydelser, men aktive deltagere i kortere og længere forløb.

Kommunerne skal have fokus på ulighed i sundhed og via indsatserne nå alle grupper af borgere. Udfordringen er kompleks og kalder på kreative og innovative indsatser. En effektiv indsats kan dog give store sundhedsmæssige effekter, både til gavn for borgerene og for den kommunale økonomi.

En afgørende præmis for kommunernes arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen og optimere ressourceanvendelsen er, at der er ensartet, sammenlignelig dokumentation og en konsekvent opfølgning på indsats og effekt. Kommunerne i Region Hovedstaden skal være med til at sætte emner på dagsordenen, der skal tages stilling til på nationalt niveau fx i forhold til dokumentationsindsatsen. Det forudsættes, at der nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning. Dokumentations- og evalueringsindsatsen skal understøtte smidige tværsektorielle overgange for den enkelte borger og bidrage til at dokumentere aktivitet, effekt og evidens på sundhedsområdet. Det er desuden en forudsætning, at arbejdet med effektdokumentation understøttes af national lettilgængelig og opdateret evidens og best practice på sundhedsområdet.

KL har i forbindelse med udspillet om det nære sundhedsvæsen iværksat en række projekter og afklaringer på nationalt niveau, eksempelvis udvikling af en strategi for velfærdsteknologi. Det er vigtigt for at sikre et bedt muligt grundlag for udvikling af det nære sundhedsvæsen at den kommunale indsats sker i samspil med KL's udspil på sundhedsområdet.

Strategiske målsætninger og konkrete indsatser

KL's sundhedsudspil baserer sig på, at kommunerne i stigende grad arbejder efter samme principper og mål og løfter arbejdet som en samlet kommunesektor. De 29 kommuner i hovedstadsregionen skal skabe en fælles platform for udviklingen af det nære sundhedsvæsen og bidrage til et solidt grundlag for KL til det videre arbejde. Arbejdet med de fælleskommunale principper og mål, skal løftes ind i det eksisterende samarbejde med regionen, særligt i forhold til de nye sundhedsaftaler.

En vigtig præmis i arbejdet er, at der er mange veje til samme mål. For at sikre det bedste og mest effektive resultat er det nødvendigt, at kommunerne enkeltvist har mulighed for at rette fokus på særlige lokale tiltag samtidig med, at området løftes i fællesskab mellem alle kommuner.

Følgende overordnede strategiske målsætninger for det nære sundhedsvæsen – på både det somatiske og psykiatriske område – udgør rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:

- *Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg*
- *Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation.*

Særlig fokus skal rettes mod følgende fire strategiske målsætningsområder for udviklingen af det nære sundhedsvæsen, hvor de konkrete indsatser, som følger neden for i papiret, er formuleret inden for:

1. Forebyggelse og sundhedsfremme
2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser
3. Kronisk sygdom
4. Dokumentation.

De strategiske målsætningsområder udmøntes i to typer indsatser:

- Indsatser som er forpligtende for alle kommuner ("skal"-indsatser)
- Indsatser som kan løftes af en enkelt kommune eller grupper af kommuner i samarbejde, for dermed at skabe viden i forhold til den fremadrettede udvikling ("kan"-indsatser)

Der er under hvert område anført indsatser, der skal implementeres i 2014 - 2015 eller hvor implementeringen skal være påbegyndt i 2014 - 2015. Der er samtidig anført ideer til indsatser, der kan implementeres i 2014 - 2015 som pilotprojekter af en enkelt kommune eller flere kommuner i fællesskab.

KKR Hovedstaden opfordrer kommunerne til at byde ind på at være pilot-kommune på "kan"-indsatserne og hører også gerne om andre kommunale "kan"-indsatser inden for de strategiske målsætningsområder.

Indsatser

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

- Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker
- Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkernes, fx tværkommunal alkoholforebyggelse
- Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkernes udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

- Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient
- Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, implementere forløbskoordinering.
- Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:
 - Intern specialisering i teams/enheder
 - Tværfaglige indsatser
 - Tværkommunale samarbejder.
- Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse, kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:
 - Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv.
 - Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv.
 - KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
 - Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau

- Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.)
 - Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
 - Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler).
- Kommunerne skal implementere Fælles Medicinkort (FMK)

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 – gerne som tværkommunale samarbejder

- Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af ”tryghedshoteller”, akutpladser eller rehabiliterings-pladser)
- Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams
- Udvikling af samarbejdet i med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser

3. Kronisk sygdom

Skal være implementeret/påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. Kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremadrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

- Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for demens og kræft¹ i 2014 - 2015
- Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogrammer, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Implementering af forløbsprogram for lænde-ryg sygdomme

¹ Det er et nationalt krav at alle kommuner implementere forløbsprogram for kræft, der er givet midler til kræftområdet i 2013

- Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder
- Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.)
- Udvikling af forløbskoordination
- Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger
- Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer
- Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

4. Dokumentation

Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

- Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker
- Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt
- Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner
- Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL
- Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning.

Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 - 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:
 - Hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser
 - Optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer
 - Afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne
 - Bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen.