

Baggrundsnotat om sundhedssamarbejdet

Indledning

Dette notat skal ses som en introduktion for Sundhedskoordinationsudvalget og dets kommende arbejde med at formulere sundhedsaftalen. Opgaven vedrørende sundhedsaftalen og praksisplanen beskrives kort. Herudover er der en kort introduktion til en række af de indsatser, der er igangsat herunder regionens sundhedsplan, kommunernes fælles målsætninger på sundhedsområdet, samt en fælles innovationssatsning. Ligeledes er der en kort beskrivelse af organiseringen af sundhedssamarbejdet.

Sundhedsaftalen

Det er et lovgivningsmæssigt krav til regioner og kommuner at udarbejde en sundhedsaftale. Sundhedsaftalens formål er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder et udkast til én fælles sundhedsaftale og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende aftalen.

Sundhedsaftalerne skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse senest 31. januar 2015.

Der er fire obligatoriske indsatsområder, som der skal laves aftaler om:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundhedsaftalen skal som minimum udarbejdes en gang i hver valgperiode. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge op på aftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dets indhold.

Sundhedsaftalen i Region Midtjylland vil bestå af 2 aftaler – 1 politisk aftale og 1 administrativ aftale. Den politiske aftale udarbejdes af Sundhedskoordinationsudvalget, hvor Sundhedskoordinationsudvalget formulerer visioner, værdier, overordnede politiske mål samt prioriterer særlige indsatsområder for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Den administrative aftale omsætter og konkretiserer den politiske aftale på specifikke områder.

Praksisplanen

Praksisplanudvalget nedsættes i medfør af den ændring af sundhedsloven, som blev varslet i 2013 og den relaterede bekendtgørelse, som forventes at træde i kraft pr. 15. marts 2014. Praksisplanen har til formål at udgøre et fælles planlægningsværktøj for kommunerne, region og almen praksis, og den skal derved udgøre rammen for sundhedsaftalens gennemførelse i forhold til almen praksis.

4. Forskellige initiativer

I Region Midtjylland er der etableret et godt samarbejde på tværs af sektorer og dette har udmøntet sig i en række fælles initiativer. Nedenfor er præsenteret nogle af dem, men listen er kun et udpluk. Der er tale om initiativer, som går på tværs af hospitaler, praksissektor og som går på tværs af sektorer.

Eksempel 1: Udgående teams fra hospitaler

En række hospitaler har etableret udgående teams for specifikke patientgrupper fx den svækkede ældre medicinske patient. Her følger hospitalsmedarbejdere patienten hjem og vil efterfølgende besøge patienten i hjemmet og løbende følge op på patientens situation, rehabilitering, medicin, genoptræning mv. og koordinere indsatsen i samarbejde med den kommunale hjemmepleje og praktiserende læge.

Eksempel 2: Opfølgende hjemmebesøg

Hospitalet vil allerede under indlæggelsen tage stilling til, om patienten har behov for et opfølgende hjemmebesøg. Herefter vil praktiserende læge og den kommunale hjemmesygeplejerske besøge patienten 6-8 dage efter udskrivelsen. Patienten vil få mellem 1-3 besøg, hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i samarbejde vil vurdere og følge op på patientens situation, og aftale hvilken støtte, der i hverdagen er behov for. Endvidere gennemgås patientens medicin. Udrulning og implementering af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner og på alle hospitaler er igangsat.

Eksempel 3: Kommunale akutteams i samarbejde med hospital og praktiserende læger

Flere kommuner har etableret såkaldte akutteams, som kan rykke ud til borgere med akut opstået sygdom og yde behandling, pleje og observation. Akutteamet laver ukompliceret medicinsk behandling og indsatsen varetages i samarbejde med hospitalslæger eller praktiserende læger. I praksis betyder det, at borgerne undgår en indlæggelse eller genindlæggelse, eller at de tidligere kan blive udskrevet fra hospitalet.

Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune har etableret et fælles akutteam bestående af specialuddannede sygeplejersker, der har delt ansættelse i henholdsvis kommunen og på hospitalet.

Eksempel 4: Sundhedshuse

Region Midtjylland har i samarbejde med de pågældende kommuner etableret sundhedshuse i Skive, Ringkøbing, og Grenaa. Der er ligeledes samarbejde om Skanderborg Sundhedscenter, Samsø akut- og sundhedshus, samt Randers Sundhedscenter. Endvidere er der ved at blive etableret et fælles sundhedshus i

Holstebro. Fælles for sundhedshusene er en ambition om, at et sundhedshus både omfatter ambulante hospitalsfunktioner, kommunale sundhedstilbud samt praksistilbud. I sundhedshusene i Skive, Ringkøbing og Grenaa er der eksempelvis akutklinik, ambulante hospitalsfunktioner fx røntgen, blodprøvetagning, medicinske laboratorier, jordemoderklinik mv. Endvidere er der kommunale sundhedstilbud samt praksistilbud. Sundhedshusene skal medvirke til at nå et skridt videre i implementeringen af det integrerede sundhedshusvæsen, hvor borgerens behov for sundhedsydelser foregår i et samarbejde, uanset hvilken sektor, der varetager opgaven. Endvidere er sundhedshusene et væsentligt element i styrkelsen af det nære sundhedsvæsen.

Eksempel 5: Collaborative care på psykiatrien

På det psykiatriske område arbejdes der på at igangsætte et projekt med den såkaldte 'Collaborativ care-model'. Indsatsen omfatter bl.a. en care-manager (fx sygeplejerske) med psykiatrisk erfaring og ansættelse i psykiatrien, som skal bidrage med en aktiv og kvalificeret opfølgning af psykiatriske patienter i almen praksis. Care-manageren skal i samarbejde med praktiserende læge og pårørende udvikle optimale behandlingsforløb for den enkelte patient. Care-manageren skal følge op på behandlingen og samtidigt hjælpe patienten med at blive bedre til selv at klare hverdagen. Care-manageren skal også sørge for samarbejde og dialog med arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesinstitutioner eller anden støtte (misbrugscenter, hjemmepleje mv.), hvis der er behov herfor. Samtidigt vil ordningen tilbyde en bedre rådgivning af de praktiserende læger.

Eksempel 6: Forløbsprogrammer, forløbskoordination og udskrivningsvisitatorer

Forløbskoordination er typisk en særlig udfordring i forbindelse med patienter med kronisk sygdom, fordi de ofte har mange og gentagne kontakter til sundhedsvæsenet. Ligeledes er der fokus på forløbskoordination i forbindelse med særligt sårbare patienter fx sårbare ældre medicinske patienter. Der er tale om patienter med komplekse sygdomsforløb, som både kan have behov for særlig støtte til at håndtere deres sygdom og hjælp til at navigere i sundhedssystemet.

Der arbejdes med forløbskoordination på en række områder, og både forløbsprogrammer og sundhedsaftalerne er generelle værktøjer, som bliver anvendt med henblik på at skabe bedre koordinering af patientforløbene. Der er eksempelvis udarbejdet forløbsprogrammer for diabetes, KOL, på hjerteområdet, depression samt lænde-ryg området.

Ud over sundhedsaftaler og forløbsprogrammer er der udviklet en række modeller for forløbskoordination, som afprøves på tværs af regionale og kommunale tilbud.

Eksempelvis forløbskoordinatorer, delestillinger, kommunale udskrivningskoordinatorer, hvor kommunen har en medarbejder på hospitalet, så visitation af kommunale indsats kan ske allerede under indlæggelsen.

Eksempel 7: Hjemmemonitorering

Der er igangsat en række telemedicinske projekter, hvor patienter med kronisk sygdom i eget hjem foretager en række helbredsmaalinger, som sendes til sundhedsfaglige medarbejdere, som kan reagere på eventuelle udfald. Dette sker eksempelvis på KOL-området.

Eksempel 8: Telemedicinsk sårvurdering

Men også telemedicin mellem sundhedsfaglige medarbejdere på tværs af sektorer betyder, at patienten kan blive behandlet i eget hjem. Der er fx gode erfaringer med sårbehandling i eget hjem, hvor den kommunale hjemmesygeplejerske tager et billede af såret med sin smartphone og sender billede samt egne observationer af såret til hospitalet. Specialister på hospitalet vurderer såret og skriver tilbage til hjemmesygeplejersken om fx nye anvisninger på hvordan såret skal behandles. Ordningen er ved at blive implementeret i hele regionen??

Eksempel 9: Folkesundhed i Midten

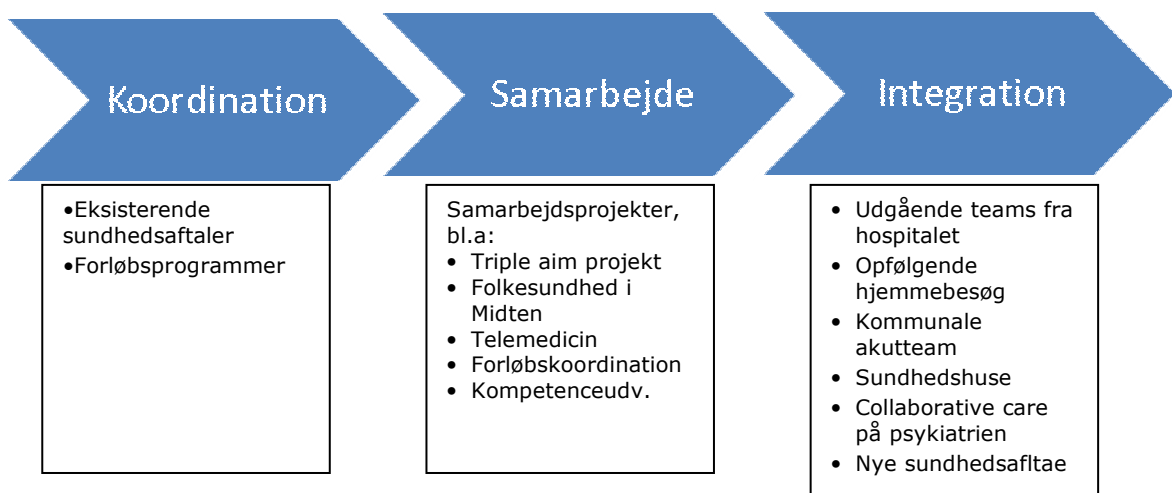
Region og kommuner er gået sammen om at etablere en fælles finansieret forsknings- og udviklingsfond, som bidrager til forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt. Hver kommune bidrager med 1 krone pr. indbygger. Regionen giver et tilsvarende beløb.

Eksempel 10: Triple aim som metode for evaluering af tværsektorielle indsatser.

Tværsektorielle patientforløb kræver tværsektorielle data – det er vanskeligt at fremskaffe både grundet lovgivning og grundet tradition – vi har oftest været optaget af effekter i egen sektor.

Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis har siden september 2012 kørt et 'triple aim' projekt med det formål at lære tankegangen og metoden. Tankegangen går helt kort ud på, at ved at fokusere på en præcist defineret population, kan man både forbedre befolkningens sundhedstilstand og den kliniske og den brugeroplevede kvalitet samtidig med at det gøres for færre eller de samme ressourcer pr. indbygger.

Potentialet er således, at vi i sundhedsaftaleperioden videreudvikler et koncept, så vi er enige om, at tværsektorielle indsatser evalueres ud fra samme metode.



5. Innovation på tværs

I fællesskab med kommuner, praksisområdet og faglige organisationer har Region Midtjylland nedsat "Task Force for Nære Sundhedstilbud og Sundhedsinnovation". Formålet er via innovation at finde nye og radikalt anderledes løsninger på de udfordringer, som både regioner og kommuner står overfor på sundhedsområdet. Det fælles afsæt var en erkendelse af, at vi er nødt til at handle og tænke radikalt anderledes og at det ikke er tilstrækkeligt, at vi gør det hver for sig. Nye løsninger skal opfindes på tværs.

Til at understøtte målsætningen afsatte regionsrådet i perioden 2012-2013 i alt 20 mio. kr. til udvikling og afprøvning af radikale innovationsprojekter under task forcen. Task Force fortsætter i 2014 og 2015, hvor der er afsat 10 mio. kr. hvert år.

Task force's vision er:

- at skabe mere sundhed for pengene
- at indsatserne i det nære sundhedsvæsen bygger på borgerens handlemuligheder og ressourcer

Innovation er et begreb, der dækker over mange ting. Task Force tager udgangspunkt i, at der skal opnås effekt på tre områder på samme tid, for at et projekt kunne komme i betragtning.

Projekterne skulle således kunne sandsynliggøre:

1. positive konsekvenser på samfundsøkonomien,
2. positive sundhedsmæssige konsekvenser og
3. at projektet bidrager til at skabe øget tilfredshed hos borgerne.

Task force har igangsat en række projekter og initiativer. I 2014 vil flere initiativer blive igangsat.

Region Midtjyllands sundhedsplan og KKR målsætninger

Både region og kommuner arbejder med selvstændige planer på sundhedsområdet. Region Midtjylland har således lige vedtaget en ny sundhedsplan, mens de enkelte kommunalbestyrelser også arbejder med planer og strategier på sundhedsområdet. Fælles for kommunerne er, at de i regi af KKR har udarbejdet 4 fælles kommunale målsætninger.

Sundhedsaftalen skal fungere som den fælles plan med den fælles vision og dermed bidrage til at 'retningen' for de mange planer er nogenlunde ensartet.

Region Midtjyllands sundhedsplan

Region Midtjylland vedtog i 2013 en sundhedsplan. Sundhedsplanen bærer hovedoverskriften: "Fælles ansvar for sundhed". Det afspejler, at kommuner,

hospitaller, praksissektor og den enkelte borger deler ansvaret for sundhed og at vi er gensidigt afhængige af hinanden for virkelig at skabe sundhed. Under hovedoverskriften er der tre temaer, som Region Midtjylland vil sætte højest på dagsordenen i de kommende år:

- På patientens præmisser
- Sundhed og sammenhæng- gensidig afhængighed
- Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde

KKR målsætninger

Den 8. april 2013 vedtog KKR Midtjylland fire fælles sundhedspolitiske målsætninger for det kommunale sundhedsvæsen i den midtjyske region:

- Kommunerne skal medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlægger og genindlæggelser
- Alle kommuner skal have tilbud af høj kvalitet til kronisk syge
- Alle kommuner skal implementere en fælles kvalitetsmodel for det tværfaglige samarbejde om komplekse genoptræningsopgaver
- Alle kommuner skal arbejde med bedre sammenhænge inden for voksenpsykiatrien.

Man besluttede at udsætte arbejdet med den 4. målsætning, idet regeringen var på vej med en handlingsplan for området (forventes at komme i foråret 2014).

Der har i tværkommunalt regi været nedsat en række arbejdsgrupper, som i efteråret 2013 har arbejdet med at omsætte målsætningerne til konkret materiale, der kan finde anvendelse i kommunerne. Materialet har været sendt til høring i alle kommunerne, i Region Midtjylland og hos PLO Midtjylland.

Tilbagemeldingen fra kommunerne viser, at

- der er tilslutning til materialet fra arbejdsgrupperne
- der sikres større ensartethed på tværs af kommunerne i forhold til indhold i sundhedstilbuddene og den kvalitet, der leveres.
- der vil være behov for en successiv implementering af materialet i de forskellige kommuner, men det sker indenfor 2 år
- der kan på enkelte områder være udfordringer for nogle kommuner i at tilslutte sig materialet fuldt ud. Dette gør sig f.eks. gældende i forhold til målsætning 1, hvor der stilles krav om sygeplejefaglig døgndækning på kommunale akutpladser.
- det er relevant, at kommunerne spiller aktivt ind med KKR målsætningerne i forhold til arbejdet med 3. generations sundhedsaftale.

På baggrund af kommunernes tilbagemeldinger kan det altså konkluderes, at kommunerne inden udgangen af 2015 har implementeret metoder der kan opfylde de tre fælles politiske målsætninger.

Organisering af sundhedssamarbejdet

I sundhedssamarbejdet kan der skelnes mellem flere niveauer: Det politiske niveau (Sundhedskoordinationsudvalget, Praksisplanudvalget), det overordnede administrative niveau på tværs af klynger (Sundhedsstyregruppe, temagrupper), og det lokalt udmøntende niveau (klyngerne).

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) er det politiske organ for det tværsektorielle sundhedssamarbejde og har bl.a. ansvaret for udarbejdelse af sundhedsaftalen. Praksisplanudvalget er et politisk udvalg med ansvar for udarbejdelse af en praksisplan for almen praksis.

På det overordnede administrative niveau er Sundhedsstyregruppen det øverste organ. Sundhedsstyregruppen består af kommunale direktører, medlemmer af de praktiserende lægers organisation i Region Midtjylland (PLO-M), hospitalsledelsesrepræsentanter samt repræsentanter fra Region Midtjyllands direktion og stabsfunktion. Der er endvidere nedsat et administrativt formandskab for sundhedssamarbejdet. Herudover er der nedsat temagrupper, som på mere specifikke områder arbejder med at konkretisere de overordnede politikker på området.

Klyngesamarbejdet er det lokale samarbejde mellem hospitalet og de omkring liggende kommuner.

Vestklyngen består af Hospitalsenheden Vest, Holstebro, Herning, Ringkøbing-Skjern, Struer, Lemvig og Ikast-Brande kommuner.

Midt-klyngen består af Hospitalsenhed Midt, Viborg, Skive og Silkeborg kommuner.

Horsens-klyngen består af Hospitalsenheden Horsens, Skanderborg, Horsens, Odder og Hedensted kommuner.

Randers-klyngen består af Regionshospitalet Randers samt kommunerne Syddjurs, Norddjurs, Randers, Favrskov.

Aarhus-klyngen består af Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune

Der er etableret et særligt samarbejde mellem Samsø Kommune og Aarhus Universitetshospital.

På psykiatri-området er der nedsat en styregruppe for henholdsvis børne- og voksenpsykiatri, hvor hospitalet samt alle kommuner indgår.