



Ny Sundhedsaftale 2019-23

Fælles fokusområder for kommunerne i region Sjælland

Indledning

Siden 2014 har kommunerne og region Sjælland arbejdet på at indfri de politiske mål i Sundhedsaftalen for 2015-2019. Sundhedsaftalen er den ramme, hvor parterne indgår forpligtende tværsektorielle aftaler om, 'hvem der gør hvad' og 'hvornår'.

Sundhedsaftalen bygger på fælles politiske visioner for samarbejdet mellem kommunerne og regionen og almen praksis. Formålet er, at borgere og patienter modtager en sammenhængende indsats af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, de har behov for. På nuværende tidspunkt har der været tre sundhedsaftaler og en fjerde skal være godkendt i sommeren 2019.

Overordnet beskrevet skal Sundhedsaftalen medvirke til at realisere den nationale politiske vision om en ny arbejdsdeling mellem sygehusene, kommunerne og almen praksis, hvor sygehusene skal forestå de højt specialiserede behandlinger og indsatser, mens kommuner og almen praksis i et samarbejde skal varetage det mere almene og lettere specialiserede. Populært går denne arbejdsdeling under benævnelserne *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*.

Intensionen bag *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*, er, at der løbende skal ske en effektivisering af aktiviteter mellem sektorerne for hele tiden at gøre plads til nye højt specialiserede behandlinger på sygehusene. Til denne udvikling er det væsentligt, at opgaver løbende kan bevæge sig fra et højere specialiseringsniveau i sygehusene til et lavere i kommunerne og hos de praktiserende læger. Blandt årsagerne til denne udvikling kan nævnes:

- Indførelse af ny teknologi
- Accelererede forløb som del af en løbende udvikling mod lavere liggetider
- Lukning af senge, som følge af omlægning til ambulante aktiviteter.

Kommunerne er allerede i dag nået langt i omstillingen mod *Det nære sundhedsvæsen*. For eksempel har alle kommunerne i region Sjælland fået etableret akutfunktioner, som både har udstyr og kompetencer til at modtage borgere med en stadigt stigende sygdomskompleksitet. Ligesom kommunerne er nået langt i kompetenceudviklingen af personalet, så der i dag både tilbydes og udføres forebyggende og rehabiliterende indsatser af høj kvalitet til borgerne. Og der kan findes mange andre gode eksempler på det ambitiøse arbejde som finder sted hver dag i regionens 17 kommuner.

Selvom kommunerne er nået langt i omstillingen, er der fortsat en række udfordringer, som påkalder øget opmærksomhed. Dette papir sætter spot på disse udfordringer og udpeger tre fælleskommunale fokusområder, som anbefales at være retningsgivende i den kommunalpolitiske proces mod en nye Sundhedsaftale for perioden 2019-2023.

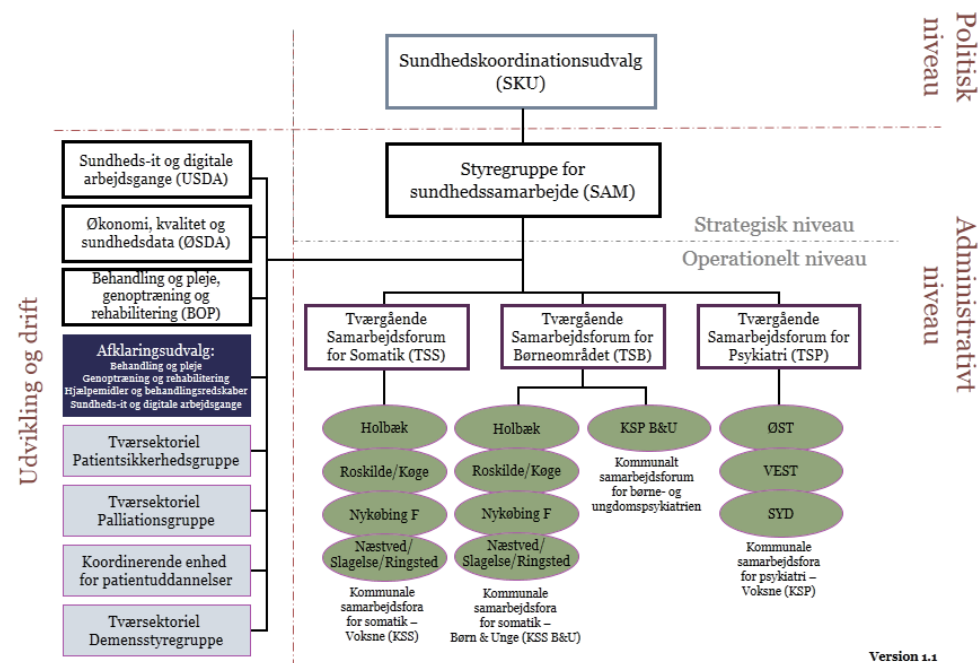
Kommunalt Sundhedsforum

Sundhedsaftalen

Den gældende Sundhedsaftale 2015-2019 er udarbejdet efter vejledningen om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, som trådte i kraft den 1. januar 2014. Sundhedsaftalen skal sikre, at patienterne/borgerne får en sammenhængende og koordineret indsats i forløb, der går på tværs af de tre sektorer - henholdsvis sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne.

Sundhedsaftalen er opdelt i en politisk og en administrativ del. I den politiske del er opstillet visioner, overordnede mål, mål og indikatorer for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Den administrative del er af mere strategisk og operationel karakter, og indeholder en værktøjskasse, obligatoriske indsatsområder samt en række tværgående temaer. Overordnet kan forholdet mellem den politiske del og den administrative del bedst beskrives som, at den politiske del fastsætter den overordnede retning for udviklingen, mens den administrative del udmønter og monitorerer de politiske ønsker i praksis.

Implementeringen af Sundhedsaftalen 2014-2019 foregår både lokalt i de enkelte sygehuse, kommuner og lægepraksis og gennem afholdelse af tværsektorielle møder i Sundhedsaftalens udviklings- og samarbejdsorganisation, se organisationsdiagrammet:



Udviklings- og samarbejdsorganisationen indeholder både et politisk, administrativt og et operationelt niveau, som har hvert sit formål. Fx er Sundhedskordinationsudvalget et politisk organ, som træffer alle de overordnede beslutninger inden for rammerne af vejledningen for Sundhedsaftalen,

mens Styregruppen for Sundhedssamarbejdet er det øverste administrative organ, som træffer overordnede beslutninger, der vedrører implementeringen af Sundhedsaftalen. Samarbejdsorganisationens operationelle niveauer har alle et fagligt formål, og det er her, hvor der løbende træffes faglige beslutninger i forhold til det daglige tværsektorielle samarbejde om patienterne/borgerne.

I august 2017 blev der foretaget en midtvejsevaluering af Sundhedsaftalen 2014-2019. Resultaterne herfra viste, at der var behov for at sætte yderligere indsatser i værk i den sidste del af aftaleperioden til sikring af, at de politiske mål og indikatorer bliver indfriet inden Sundhedsaftalen udløber den 31. juni 2019.

Set fra et kommunalt perspektiv har Sundhedsaftalen stor betydning for den lokale opgavevaretagelse og resurseforbruget i hjemmeplejen. I regi af Sundhedsaftalen træffes der nemlig mange vigtige beslutninger om ansvar og opgavefordeling mellem Regionen og kommunerne. Det kan dreje sig om alt lige fra opgaveflytning fra Region til kommunerne til indgåelse af samarbejdsaftaler på fx hjerte- og kræftområdet.

En ny Sundhedsaftale er under planlægning

Allerede på nuværende tidspunkt har kommunerne foretaget de første indledende forberedelser til indgåelse af en ny Sundhedsaftale 2019-2023, som skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen inden den 1. juli 2019. Formålet er, at I, som kommunalpolitiske repræsentanter på sundhedsområdet, får et indblik i de kommunale udfordringer og behov, som grundlag for jeres varetagelse af de fælles kommunale interesser i processen om indgåelse af Sundhedsaftale 2019-2023.

I det følgende præsenteres tre kommunale udfordringer og forslag til tre kommunale fokusområder.

Udfordring 1: Mere komplekse behandlingsopgaver

Kortere liggetider på sygehusene betyder, at kommunerne i stigende omfang modtager borgere med mere komplekse behandlings- og plejeopgaver. Udviklingen stiller store krav til det kommunale sundhedspersonales kompetencer, som i langt højere grad end tidligere, skal kunne varetage mere specialiserede sundhedsopgaver.

Den løbende udvikling mod flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver i den kommunale sygepleje udfordrer kommunerne, da disse skal nå at kompetenceudvikle sygeplejersker, så sygeplejen opnår de nødvendige specialistkompetencer i samme tempo, som nye sundhedsopgaver overtages fra sygehusene. Udviklingen skaber samtidig et pres på kompetenceniveauet hos sosu-personalet. Således er kompetenceudviklingsbehovet i kommunerne massivt for at kunne dække sundhedsopgaverne i alle vagtlag, året rundt.

Når kommunerne i stigende omfang får tildelt mere komplicerede behandlings- og plejeopgaver, er det afgørende for patientsikkerheden, at sundhedspersonalet får let og uhindret adgang til specialiseret rådgivning og behandlingsansvarlig læge. I dag oplever sundhedspersonalet ofte at stå i en situation, hvor det enten ikke fremgår tydeligt, hvem den behandlingsansvarlige læge er, eller at den behandlingsansvarlige læge ikke er tilgængelig, og at der derfor ikke kan gives den nødvendige medicin eller rådgivning om den enkelte borgers situation. Det er både tidskrævende og opslidende for kommunernes sundhedspersonale at stå med en borger, hvor hjælpen er uden for rækkevidde. Herudover skaber det en utryk og uholdbar situation for den enkelte borger.

Mere komplekse behandlingsopgaver giver følgende udfordringer i kommunerne:

- Et resurse-mæssigt pres som følge af, at borgere udskrives til eget hjem med behov for massiv pleje og sygepleje
- Der opleves generelt stigende kompleksitet og krav til specialviden i forhold til borgere, der henvises til kommunal genoptræning. Det vurderes, at accelererede forløb og tidligere udskrivelser er en del af årsagen.
- Opstart af ny medicin, hvorefter borgere udskrives inden virkning/bivirkning kontrolleres.
- Patienterne sendes hjem uden der er ordentligt styr på diverse hjælpemidler, herunder manglende informationer om patienternes behov, udfordringer og problemer.
- Der er ofte ikke styr på recepterne, når patienterne udskrives. Det kræver nogle opkald for at få styr på recepterne og det kræver ekstra besøg fra sygeplejen.
- Der er ikke lagt en ordentlig plan for borgeren efter udskrivelse fra sygehus. Det øger risikoen for genindlæggelser.
- Det kan være svært at få overblikket over de hurtige udskrivelser, da dokumentationen/informationen fra hospitalerne ikke er fyldestgørende nok. Dette kræver væsentligt flere kontakter til hospitalet og praktiserende læge.

Hverdagseksempel fra en kommune

62-årig mand kommer fra hjemmet på midlertidigt ophold, da han vurderes til ikke at kunne være alene i hjemmet, mens hustru skulle på 3 ugers ferie. Borgeren og hustru kommer oprindeligt fra Argentina, og den 62 årige mand taler mindre godt dansk. Hustru taler forståeligt dansk. Kort inden opholdet får borgeren konstateret en cancersygdom som kræver kemobehandling via onkologisk ambulatorium. Processen er, at hver 2. fredag kommer borgeren i ambulatoriet, hvor han bliver tilkoblet en kemopumpe, som skal køre i 48 timer. Dvs. at den skal fjernes af hjemmesygeplejersken søndag eftermiddag. Da borgeren og hustru kommer på midlertidigt ophold, opleves de meget nervøse, og de beretter, at det skyldtes, at fredagen inden det midlertidige ophold var det første gang, at borgeren skulle have kemobehandling. Søndag eftermiddag var altså første gang, at der skulle komme en hjemmesygeplejerske, og fjerne kemopumpen. Der kom desværre ikke nogen sygeplejerske.

Familien havde heldigvis formået at få kontakt til hjemmeplejen, og der kom en vikarsygeplejerske, som havde kendskab til at fjerne kemopumper. Hjemmesygeplejen havde ikke fået at vide, at de skulle komme i hjemmet til denne opgave. Begrundelsen herfor er, at onkologisk ambulatorium har givet elektronisk besked til visitationen i kommunen fredag eftermiddag efter visitationens lukketid, og derfor lander beskeden ikke til hjemmesygeplejerskerne rettidigt. Familien var forståeligt nok bekymret for at dette skulle ske igen.

Konsekvens for borgeren:

- Bekymring for om kommunikationssystemerne virker mellem sygehus og hjemmesygepleje.
- Bekymring for om kemopumpen bliver fjernet rettidigt.

Udfordring for hjemmesygeplejen:

- At få oplysningerne fra sygehuset rettidigt.
- At erhverve viden om at fjerne kemopumpe. Dette er ikke nødvendigvis normal viden for sygeplejersker. Det må betegnes som en special sygeplejehandling.

Fokusområde 1:

Delt ledelsesansvar ved sektorovergangene efter udskrivning af patienterne

I sektorovergangene påhviler der sektorerne et fælles ledelsesansvar om det sammenhængende borger-/patientforløb, så det skaber værdi for borgerne.

Derfor ønsker kommunerne?

- **Klar og entydig adgang til lægelig ekspertise på sygehus**
Kommunerne skal altid have en klar og entydig adgang til lægelig ekspertise både i relation til nuværende og fremtidige sundhedsopgaver. Grundlæggende efterspørger kommunerne systematisk videndeling, som både vedrører information/uddannelse til patienterne, løbende undervisning i instrumentelle færdigheder og nyt udstyr, kompetenceudvikling samt viden og indsigt i hinandens verdener i det tværsektorielle samarbejde.

Fordele for borgerne: Øget patientsikkerhed og kvalitet i kommunale sundhedsindsatser

Fordele for kommunerne: Bedre anvendelse af personaleresurser og øget effektivitet og kvalitet i opgaveudførelsen.

- **Udvikling af en tværsektoriel ledelsesmodel**
Afsættet for ledelsesmodellen, er, at der i sektorovergangene påhviler sektorerne et fælles ledelsesansvar om det sammenhængende borger-/patientforløb, så det skaber værdi for borgerne.

Fordele for borgerne: Sammenhængende patientflow på tværs af sektorer.

Fordele for kommunerne: Fokus på patienten og effekten af sundhedsindsatser .

Udfordring 2: Uplanlagt opgaveflytning

Med uplanlagt opgaveflytning menes der opgaver, der tidligere blev varetaget af sygehusene, og som uanmeldt er gledet over til kommunerne, uden at de involverede parter er kommet i dialog med hinanden om overdragelsen. Det er især opgaver i forbindelse med tidlig udskrivelse af patienter fra sygehuse, som ifølge kommunerne er kommet til. Også rehabilitering af kronisk syge er opgaver, som i dag løses af kommunerne.

Ofte træffes beslutningen om opgaveflytning fra sygehus til den kommunale sundhedspleje på patientniveau, hvorved kommunerne udfordres på styringen i forhold til behovet for den samlede kapacitet, herunder kompetenceniveau af sundhedspersonalet, personaleresurser m.m.

Udviklingen har frem til nu påført kommunerne et stigende pres på økonomi og kapacitet. Fortsætter denne udvikling, vil konsekvensen antageligt blive oprettelsen af kommunale minisygehuse, der kan udføre mere specialiserede behandlings- og plejeopgaver, f.eks. observation, IV-behandlinger osv.

Uplanlagt opgaveflytning giver følgende udfordringer i kommunerne:

- Opbygning af kapacitet i den kommunale sygepleje til behandling og pleje af flere og mere komplekse patienter/borgere
- Rekrutteringsudfordringer i forhold til sundhedspersonale
- Et øget behov for kompetenceudvikling af eksisterende og nyt sundhedspersonale til den øgede kompleksitet i den kommunale sundhedspleje

Eksempler på væksten i antallet af nye behandlings- og plejeopgaver i kommunerne

- Sondeernæring samt pasning og genanlæggelse af sonde. Den kommunale sygepleje forestår i dag både pasning og genanlæggelse af sonde hos borgere efter udskrivelse. Den kortere indlæggelsestid er samtidig årsag til at flere borgere udskrives med sonde, idet de ved udskrivelsestidspunktet endnu ikke er kommet sig nok til at de kan undvære sonden. Dette giver både den kommunale sygepleje flere opgaver (en borger med sondeernæring har brug for 5-6 besøg i døgnet) og samtidig bliver det også en opgave for den kommunale sygepleje at vurdere om sondeernæring forsat er nødvendigt kort tid efter at borgeren er kommet hjem.
- Pasning af dræn. Grundet den kortere indlæggelsestid, så udskrives borgere i dag i højere grad med dræn fra fx operationssår som kræver pasning fra den kommunale sygepleje. Ovennævnte er praksiseksempler på hvordan en stor reduktion i indlæggelsestiden resulterer i at "færdiggørelse" af komplekse plejeopgaver overgår fra sygehus til kommuner.
- Hjemmedialyse: Hjemmedialyse fx. 3 gange ugentligt skaber flere opgaver i den kommunale sygepleje.
- Mini Mental State Examination (MMSE- test) af borgere med demens. Testen består af en række spørgsmål og anvendes til at påvise en reduktion af den mentale funktion hos borgere enten med demens eller i opsporing heraf. Tidligere var det de praktiserende læger eller Hukommelsesklinikken som varetog opgaven, men i dag er det væsentlig grad den kommunale sygeplejerske der varetager opgaven.
- Anlæggelse af kateter

Ved etableringen af kommunale akutfunktioner i januar 2018, kommer der nye opgaver til kommunen, herunder:

- Podninger. Fx af sår.
- Kliniske vurderinger af borgere i akut opstået/forværret tilstand
- Kapillær blodprøvetagning og måling – blev tidligere varetaget i almen praksis og sygeplejerske.
- Intravenøs medicingivning, fx antibiotikabehandling i borgerens eget hjem i stedet for ambulat behandling på sygehuset (valgfrt).

Et kommunalt eksempel på udfordringer ved opgaveflytning

En konsekvens af reduktionen i indlæggelsestiden, er, at opgaverne er flyttet fra sygehuset og ud til kommunerne samt egen læge. Vi oplever blandt andet at få borgere, der skal have tømt væske fra maven og har dræn ved lungerne.

De korte indlæggelsesforløb betyder, at borgerne ikke er oplært i at håndtere deres sygdom. Der har enten ikke været tid til oplæringen, eller borgerne har ikke på den korte tid haft overskud til at modtage viden om sygdommen. Resultatet af den korte indlæggelse er ofte, at det ikke gennemskueligt, hvilken plan der er lagt for den enkelte borger, eller hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

For kommunen får det den konsekvens, at vi skal i gang med et lille detektivarbejde, sikre koordinering af det samlede forløb samt give oplæring til borger og/eller pårørende i at mestre/håndtere dele af deres sygdom. Det kan være en borger, der har gennemgået en mave-tarm operation og fået anlagt en stomi. Her skal vi bidrage med oplæring i stomiskrift, tilpasning af remedier og vejledning i håndtering af stomien og sygdomsforløbet, hvilket bliver en del af sygeplejerskens opgave. En opgave der tidligere i højere grad blev løftet under indlæggelsen.

Vi modtager ofte borgere, hvor der under den korte indlæggelse er konstateret, at borgeren ikke er i stand til at tømme sin blære optimalt og på den baggrund ordineres der engangskaterisation. Ved udskrivelsen er der ikke taget stilling til den videre plan, eller hvem der er den behandlingsansvarlige læge. Sygeplejerskerne i kommunen må efterfølgende tage kontakt til sygehuset eller egen læge, og herefter koordinere indsatsen.

De korte indlæggelsesforløb giver en øget risiko for genindlæggelser og kræver igen ekstra koordinering.

Fokusområde 2:

Planlagt flytning af nye sundhedsopgaver:

Der er behov for at se på opgavefordelingen mellem sektorerne ud fra et princip om, at opgaverne bør løses der, hvor det har størst mulig gavn for borgerne.

Dette forudsætter en overordnet aftalestyret proces med særlig fokus på rolle- og ansvarsfordeling mellem sygehusene, almen praksis og kommunerne.

Derfor ønsker kommunerne:

- **Udarbejdelse af et godt dialoggrundlag, når sygehuset planlægger forandringer eller ændringer af opgaver**
Et godt dialoggrundlag giver bl.a. viden om: *Hvad der skal ske, hvornår det skal ske, hvorfor det skal ske, hvilke og hvor mange patienter det berører samt hvilke konsekvenser det forventes at få for almen praksis og kommunerne.*
- **Tidlig involvering af parterne og god dialog med det formål at sikre fælles mål i form af en aftale og en fællesproces.**
Både kommunerne og almen praksis skal involveres i dialogen om fastsættelse af fælles mål og en fælles proces. Men dialogen skal ikke blot være en orientering. Den skal sikre motivation for opgaveoverdragelsen gennem dialog om, hvor og hvordan opgaver skal overdrages, hvilke fordele der er (for patienterne) ved overdragelsen, og hvordan kommuner og almen praksis sikrer kvaliteten.

De nærmere rammer for dialog og tidlig involvering skal aftales i regi af Sundhedsaftalen.

Fordele for borgerne: Øget patientsikkerhed og kvalitet

Fordele for kommunerne: Vellykket opgaveflytning gennem forberedt kapacitetstilpasning og kompetenceudvikling samt øget kommunalt medejerskab til de nye opgaver.

Udfordring 3: Incitament er understøtter søjletænkning

De økonomiske incitament er i den primære og sekundære sektor understøtter ikke et sammenhængende borger-/patientforløb på tværs af sektorer. Tværtimod afspejler den økonomiske styring af sundhedsvæsenet forsat den organisatoriske og sektorielle søjleopdeling. Konsekvensen er, at systemerne ikke tænker i forbedring af patientens sundhedstilstand, men derimod i, hvad der økonomisk er mest rentabelt for systemerne.

Den overordnede styringsmodel for sundhedsvæsenet udfordrer kommunerne på både kapacitet, resurseforbrug og økonomi. Hvor sygehusene belønnes for at fastholde et højt aktivitetsniveau og for stadig kortere liggetider, bliver kommunerne økonomisk presset af at skulle medfinansiere det høje aktivitetsniveau og af de afledte virkninger af kortere liggetider på sygehusene. Med andre ord, så modarbejder de to systemers styringsprincipper og incitament er hinanden, og fjerner fokus fra at opnå omkostningseffektivitet gennem forbedring af befolkningens generelle sundhedstilstand til fordel for den enkelte borger, kommunen og samfundet som helhed.

Tabellen "Initiater på sundhedsområdet" tydeliggør problemstillingen ved at vise udviklingen i sygehusvæsenet på nøgleområder:

Initiater på sundhedsområdet (hele landet)

	1980	2000	2014	2020*
Udskrivninger	916.000	1.130.000	1.150.000	1.500.000
Ambulante besøg	3.295.000	4.405.000	7.900.000	10.700.000
Sengepladser	42.500	20.592	16.400	13.000
Sengedage	9.045.000	7.152.000	4.200.000	3.400.000
Organisatoriske enheder	128	78	30	20
Gennemsnitlig liggetid	10	6	3,7	2,7

* : Forventet

Kilde: Momentum 2016

Tabellen viser, at den gennemsnitlige liggetid på sygehusene er faldet fra 10 dage i 1980 til 3,7 dage i 2014. I 2020 forventes den gennemsnitlige liggetid, at ligge på 2,7 dage. Tilsvarende er sengepladserne faldet fra 42.500 i 1980 til 16.400 i 2014 med et forventet yderligere fald på 3.400 sengepladser i 2020. Når patienterne udskrives tidligere end før, er det ofte med henblik på efterbehandling i den kommunale hjemmesygepleje. Dette øger behovet for akutfunktioner og et øget sundhedsberedskab i kommunerne, mens det reducerer behovet for sengepladser på sygehusene.

Ligeledes viser tabellen, at de ambulante besøg er steget fra 3.295.000 i 1980 til 7.900.000 i 2014. I 2020 forventes de ambulante besøg at være steget til 10.700.000. Kommunerne finansierer en andel af taksterne på de sundhedsydelse i sygehusregi, som borgerne modtager. Det må derfor forventes, at kommunernes udgifter til ambulante besøg vil stige i takt med at aktivitetsniveauet øges frem mod 2020.

Ligesom styringen af sygehusene og kommunerne har afsæt i hver deres styringsmodel, bygger styringen af almen praksis på en helt tredje princip, nemlig *Overenskomst om almen praksis*. Almen praksis har således heller ikke fokus på et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, men derimod på de incitamenter, som ligger i overenskomsten.

Kommunerne melder tilbage om følgende udfordringer:

- Korte liggetider giver hurtige udskrivelser, som ikke understøtter gode sammenhængende patientforløb. Det skaber især udfordringer i forhold til de mest sårbare borgere, herunder den ældre medicinske patient og borgere med alvorlige kroniske sygdomme.
- Med kravet om akutsygepleje i kommunerne, er der risiko for, at udgifter blot overflyttes fra en sektor til en anden. For eksempel, at de praktiserende læger bruger den akutte sygepleje til at foretage kliniske observationer af borgere, i stedet for selv at aflægge et hjemmebesøg.
- Stigning i ambulante besøg fremfor indlæggelser, hvor borgeren fragtes frem og tilbage mellem eget hjem og sygehus
- I forhold til genoptræning opleves det, at borgerne afsluttes tidligere i ambulante forløb og før forventet. Efterfølgende er der ikke mulighed for sparring om forløbet, når/hvis borgerens tilstand ændrer sig - fx ved opstået forværring. Konsekvensen er, at borgeren må starte forfra med kontakt til egen læge og med ny henvisning til sygehuset. Ofte er det den kommunale terapeut, som ender med at blive støttende i forløbet, hvilket både har effekt på kommunens økonomi og borgerens endelige resultat.

Kommunale eksempler på "Incitamentet understøtter søjletænkning"

Geriatriske, medicinske og neurologiske borgere:

Borgere med geriatriske, medicinske og/eller neurologiske lidelser udskrives tidligere i deres forløb ofte med behov for ophold på en akutplads. Borgerne opleves ofte som ikke færdigudredt, og det er svært at få dem i udredningsforløb, når de først er udskrevet. Det har i perioder givet stort pres på kommunes akutpladser, og medfører desuden behov for øget fysio- og ergoterapeutassistance under opholdet.

Geriatrisk borger der udskrives med GOP i forhold til almen vurdering om faldforebyggende træning

Borger opleves ikke færdigudredt, hverken kognitivt eller somatisk. Konsekvensen er, at pågældende på nuværende tidspunkt har været indlagt 4 gange over en periode på 3 uger grundet svingende funktionsniveau. Indlæggelserne har været kortvarige, og borgeren er hver gang udskrevet uden yderligere oplysninger eller behandlingstiltag.

Ambulante udredningsforløb

Vi oplever ældre borgere, der er gennem et ambulante udredningsforløb, hvor de skal transporteres til og fra sygehuset 2 – 3 gange om ugen til blodprøvetagning, scanning og lignende. Her skal vi tænke primærsektoren ind til gavn for borgeren – *fx kunne kommune eller praktiserende læge selv foretage blodprøver*. Vi skal have fokus på den gode overlevering, og have opmærksomhed på, hvad der er forsvarligt at iværksætte i eget hjem og hvad der giver mening at få løst i egen kommune frem for mange sygetransporter mellem hjem og sygehus.

Fokusområde 3:

Opgaverne skal løses på det lavest effektive omkostningsniveau

Indsatser skal leveres på det lavest, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet). En forudsætning er, at ressourcerne anvendes der, hvor de bidrager mest til at styrke patientens sundhed, forebygge forværring af sygdom.

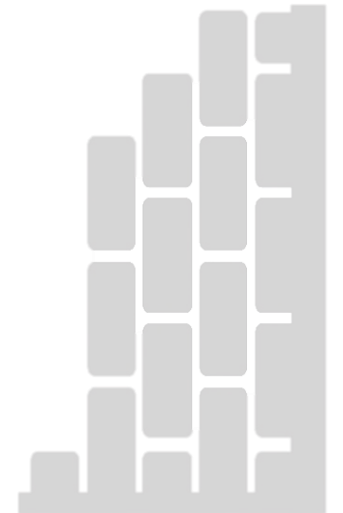
Derfor ønsker kommunerne:

- **Ved flytning af sundhedsopgaver fra sygehus til kommuner**
Når opgaver flyttes fra en sektor til en anden, så bør der udarbejdes en samlet konsekvensvurdering, og de nødvendige ressourcer bør samtidig følge patientens behov for indsatser.
Fordele for borgerne: Tilbud som er tilpasset borgernes individuelle behov.
Fordele for kommunerne: Økonomien kanaliseres derhen, hvor efterspørgslen og behovet er størst.
- **Data- og populationsbaserede indsatser**
Indsatser i det tværsektorielle samarbejde skal rette sig mod målgrupper, som har de største resursetræk i sundhedsvæsenet.
Fordele for borgerne: Øget social lighed i sundhed
Fordele for kommunerne: Øget effekt af sundhedsindsatser ved at føre ressourcerne derhen, hvor behovet er størst.
- **Udbredelse af sundhedsteknologi**
Der bør udarbejdes en fælles tværsektoriel strategi for udbredelse og implementering af sundhedsteknologi, som dels understøtter borgerens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, og dels understøtter et mere sammenhængende sundhedsvæsen.
Fordele for borgerne: Øget tryghed ved mestring af egen sygdom.
Fordele for kommunerne: Mere effektive og mindre indgribende sundhedsindsatser samt styrket kommunikation mellem sektorer.

Principper i den nye Sundhedsaftale

Den nye Sundhedsaftale bør bygge på følgende principper:

- Indsatser skal skabe værdi for borgerne
- Økonomien skal følge opgaverne.
- Mere for mindre



Budskaber til en vellykket proces

I processen op til den endelige aftaleindgåelse, er det vigtigt at huske:

- Fokus på de positive fortællinger
- Et konstruktivt og vellykket samarbejde forudsætter villighed til samarbejde fra alle parter i sundhedssamarbejdet
- Det handler om borgerne/patienterne i region Sjælland
- Mod til at indgå i nye samarbejdsrelationer
- Mod til nytænkning og innovation

Den nationale ramme:

- Rapporten om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
- KL: Styrk det nære sundhedsvæsen
- KL: Forebyggelse for fremtiden
- Finansministeriet: Sammenhængsreformen
- Sundheds- og Ældreministeriet: Nationale mål for sundhedsvæsenet
- Sundheds- og Ældreministeriet: Udspil