

## Oplæg vedr

# Kommunale ambitioner for 2. generation sundhedsaftaler

### Indledning

Kommuner og region skal pr. 1. Januar 2011 indgå nye sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne forventes at bestå af to dele: En fælles tværgående del og en kommunespecifik del - svarende til nuværende sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalerne omhandler i hovedsagen den patientrettede indsats, herunder også akutindsatsen. Den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelsesindsats (f.eks. KRAM faktorerne) er en rent kommunal opgave, og behandles derfor ikke i dette oplæg.

Det kommunale ambitionsniveau for den fælles tværgående del af 2. generation sundhedsaftaler bør formuleres frem mod forhandlingerne, som forventes at finde sted i 1. halvår 2010. Det følgende oplæg til den politiske behandling i KKR-regi formulerer otte centrale krav, som efter KKR's behandling kan overgå til drøftelse i den enkelte kommuner frem mod 2010.

Sundhedsaftalernes formål er at skabe sammenhæng for borgeren i sundhedsvæsenet. Dette formål er styrende for de krav der foreslås opstillet. Som indledning til de foreslåede krav gennemgås tre centrale potentialer for indsatsen på sundhedsområdet. Oplægget afsluttes med et forslag til videre proces.

### Potentialer for en ambitiøs sundhedsindsats

Kommuner og region har med 1. generation sundhedsaftaler opbygget og styrket forudsætningerne for effektive samarbejdsrelationer mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner. 2. generation sundhedsaftaler skal implementere og konsolidere tiltag for bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Der er et betydeligt potentiale for en fortsat offensiv kommunal indsats:

- Fra den såkaldte Helsingør undersøgelse ved vi, at der er kommunale følgeomkostninger (forsørgelses- og serviceudgifter m.v.) af kronisk sygdom i udgør minimum 47.550 kr. pr. kroniker. For visse diagnose-grupper er beløbet højere
- Fra høringspart til samarbejdspart - kommuner og region skal intensivere samarbejdet om strategi og planer fra de aller tidligste faser i planlægningen

Det er næppe realistisk at forvente fald i udgifterne på sundhedsområdet, men en målrettet, tidlig indsats for mennesker med kronisk sygdom kan have økonomisk positiv nettoeffekt på sygedagpenge perioder, tidspunkt for pensionstildeling og forbrug af hjemmepleje service. Målet er at nedbringe følgeudgifterne. Ligeledes er det oplagt, at indsatsen for ældre medicinske patienter er et fælles regionalt/kommunalt

anliggende. Derfor bliver både planlægning og udførelse af indsats markant mere effektivt, hvis det sker i samarbejde fra starten.

Der er mhp. 2. generation sundhedsaftaler behov for, at det politisk markeres tydeligt fra kommunerne, at planprocesserne og udpegning af særlige indsatser bliver et fælles anliggende – så man går fra høringspart til at blive samarbejdspart. Det vil markant øge mulighederne for at levere bedre og mere effektiv service til borgere og patienter.

Hovedudfordringer for de kommende sundhedsaftaler bliver: Hvordan kan den patientrettede indsats i sundhedstrekanten udvikles og styrkes med henblik på at realisere tre potentialer:

- 1) Øget livskvalitet for borgere med sygdom – med en sammenhængende sundhedsindsats kan kommuner, praktiserende læger og hospitaler sikre både bedre livskvalitet for borgere med (kronisk) sygdom og en bedre service
- 2) Realiseringen af økonomiske potentialer – ved ændret tilrettelæggelse af sundhedsindsatsen kan der frigøres økonomi i det samlede sundhedsvæsen og i den samlede kommunale økonomi
- 3) Samarbejdet planlægning og styrkelse af organisation og samarbejde på alle niveauer: Dels skal samarbejdet om planlægning og opfølgning (monitorering af aftalte indsatser) udvikles og intensiveres. Dels skal samarbejdet om metode- og kompetenceudvikling styrkes, således at der kan ske faglig styrkelse af den kommunale medarbejderstab, it m.v. mhp. at blive i stand til at løfte komplekse sundhedsopgaver. Det vurderes også at gælde for almen praksis og hospitalerne, hvor ikke mindst almen praksis står over for store rekrutteringsmæssige udfordringer i fremtiden

### **Kommunale krav til 2. generation sundhedsaftaler**

De kommunale krav til 2. generation sundhedsaftaler skal styrke det sammenhængende sundhedsvæsen og realisere de nævnte potentialer. Følgende otte væsentlige indsatsområder bør indgå i kommende aftaler:

- 1) Der skal etableres forløbsprogrammer for væsentlige målgrupper, herunder især kronikergruppen. Disse skal understøttes af IT, således at der sikres effektiv kommunikation og koordination mellem hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne
- 2) Indgåede aftaler skal implementeres via et meget mere forpligtende samarbejde med hospitalerne på basis af klare målsætninger, incitament og opfølgning (monitorering), ikke mindst i relation til at styrke den direkte dialog og det direkte samarbejde mellem hospitalerne og kommunerne
- 3) Samarbejdet med de praktiserende læger skal styrkes med henblik på en højere grad af gensidig forpligtelse i forhold til indsats, opfølgning og prioriteringer over for relevante grupper af borgere. Kommuner, region og praktiserende læger skal i samarbejde sikre udførelse den fastlagte patientindsats på alle niveauer – samt klare rammer/indsatser for at understøtte udviklingen af

almen praksis i de enkelte kommuner. Derudover skal der fremadrettet arbejdes på at sikre større sammenhæng mellem de lokale lægelige kontaktudvalg og praksisudvalget.

- 4) Tværsektorielle indsatser mellem hospitalerne, kommunerne og almen praksis skal fastlægges i samarbejde – på såvel politisk som administrativt niveau. Der bør være klare rammer for, hvordan forskellige nuværende og fremtidige indsatsområder på tværs af parterne udpeges og udvikles – det gælder i forhold til f.eks. samarbejdet i samordningsudvalgene, kapacitetsudviklingen hos de enkelte parter, udvikling af nye indsatser og behandlinger/rehabilitering/forebyggelse mm., herunder akutindsats
- 5) Vurdering af økonomiske, organisatoriske og kompetencemæssige konsekvenser af glidning af opgaver fra hospital til kommune skal institueres som en fast sekretariatsunderstøttet praksis i forbindelse med ændret opgavetilrettelæggelse. Mulighederne for samfinansiering af ændret opgavetilrettelæggelse bør indgå i sådanne vurderinger
- 6) Der skal opstilles klare mål for udviklingen af det samlede psykiatriske område på tværs af hospitalerne, kommunerne og private aktører, således at samarbejdet styrkes, og at målene for indsatsen i højere grad udvikles i et samarbejde
- 7) Med det stigende sygefravær skal der etableres en fælles indsats på sygedagspengeområdet på tværs af hospitaler, praktiserende læger og kommuner for i samarbejde med virksomhederne og de faglige organisationer at forebygge sygefravær og sikre en stærkere opfølgning i forhold til behandling og rehabilitering
- 8) Evaluering, forskning og formidling af viden skal styrkes gennem en tværsektoriel indsats. Der skal udvikles et samarbejde, som sikrer udbredelse af evidensbaseret indsats og kvalitetsopfølgning samt forskning og evaluering af tværsektorielle indsatser med sigte på udbredelse af "best practice"

### Den videre proces

De otte indsatser lægges frem til politiske drøftelse i KKR og efterfølgende i de enkelte kommuner. I forlængelse af den proces, skal de enkelte indsatser konkretiseres mht. indhold, målsætninger, organisering og proces. Dette arbejde forestås af medlemmerne af den administrative styregruppe i samarbejde med chefer og direktører fra kommunerne. Resultatet bliver et forslag til de kommende forhandlinger om 2. generation sundhedsaftaler. Dette forslag skal herefter behandles i KKR's embedsmandsstruktur og efterfølgende i KKR og kommunerne.

Det tidsmæssige forløb frem mod 2. generation sundhedsaftaler foreslås som følger:

Den 20. April 2009	Forelæggelse for KKR
Fra 20. april til ultimo august	Kommentering i kommunerne
Efteråret 2009	Endelig godkendelse af temaer
Første kvartal 2010	Præsentation af konkret forslag
Sommeren 2010	Forhandlinger med regionen om den fælles del