



Sundhedsaftale og Praksisplan

05.08.2015

Sagsbehandler

Lars Buch Hansen

Baggrund

Københavns Kommune har sammen med Region Hovedstaden og de øvrige 28 kommuner i regionen to vigtige tværsektorielle aftaler, som skal implementeres i 2016 og fremadrettet. Det drejer sig om **Sundhedsaftalen 2015-18** og **Praksisplan for almen praksis 2016- 18**. Begge aftaler får stor betydning for de sundhedstilbud, vi har til borgerne.

Sundhedsloven fastlægger, at regioner og kommuner skal indgå en sundhedsaftale om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalen bidrager til at sikre sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af kommune, sygehuse og almen praksis.

Københavns Kommune har sammen med Region Hovedstaden og de øvrige 28 kommuner i regionen indgået en ny sundhedsaftale for perioden 2015-18. Sundhedsaftalen indeholder mere end 70 initiativer, som Københavns Kommune og de øvrige aftaleparter er forpligtede til at implementere i aftaleperioden.

I 2014 blev der indgået en ny 3-årig overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Regioner og kommuner forpligtede sig i overenskomstaftalen og i økonomiaftalen for 2015 til hver at prioritere 100 mio. kr. som et årligt varigt løft til fortsat udvikling af almen praksis' opgaver i det nære sundhedsvæsen. De i alt 200 mio. kr. fra regionerne og kommunerne skal udmøntes via Praksisplanen for almen praksis 2016-18 og underliggende aftaler hertil. Københavns Kommunes andel udgør ca. 10,2 mio. kr. Udarbejdelsen af Praksisplanen for almen praksis og tilhørende underliggende aftaler forventes afsluttet primo 2016.

Med økonomiaftalerne for 2013, 2014 og 2015 aftalte Regeringen og KL varigt at afsætte 300 mio. kr. i 2013 og i 2014 samt 350 mio. kr. i 2015 til at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Midlerne er blandt andet afsat til indsatsområderne i sundhedsaftalerne og praksisplanerne, herunder de fælles målsætninger inden for følgende mål for den patientrettede forebyggelse:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehuse

Med den nye sundhedsaftale og praksisplan forventes kommunerne at levere en forbedring på de fire målsætninger.

Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	NEJ
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

Indhold

Sundhedsaftalen 2015-18

Sundhedsaftalens indsatser vedrører en lang række sundhedsfaglige temaer og målgrupper indenfor både børne-, unge- voksen- og ældreområdet, samt indenfor såvel somatik og psykiatri. Indsatserne kan sammenfattes under følgende fire politiske visioner:

- At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Årlige implementeringsplaner skal sikre, at der sker en hensigtsmæssig prioritering af aftalens initiativer, og dermed hvilke indsatser, der skal arbejdes med i det kommende år. Indsatser, der skal indgå i implementeringsplanen for 2016, forventes politisk besluttet af aftaleparterne i Sundhedskoordinationsudvalget i oktober 2015. Det forventes, at Implementeringsplanen for 2016 vil indeholde 24 forskellige indsatser, der dækker både indsatsområder i SUF, SOF og BUF. I tillæg hertil indeholder Implementeringsplanen for 2015 indsatser, der ligeledes kan medføre ressourcetilførsel fra 2016.

Indsatserne i sundhedsaftalen er foreløbigt alene beskrevet på et overordnet niveau, og det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at give en endelig vurdering af, hvilke indsatser, der kan udvikles/implementeres indenfor den eksisterende økonomiske ramme og hvilke indsatser, der kræver tilførsel af ressourcer. Det forventes, at nedenstående indsatser i sundhedsaftalen kræver ressourcetilførsel fra 2016:

A. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Nedenfor beskrives indsatser, der forventes at medføre behov for ressourcetilførsel. Det konkrete indhold i indsatserne er ikke endeligt fastlagt af Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, men der forventes en præcisering i efteråret 2015.

A1 - Identifikation af sårbare borgere

I takt med at andelen af personer med multisygdom stiger, øges behovet for at sikre behandlingsforløb, der har fokus på at bevare og/eller forbedre funktionsniveau og livskvalitet hos borgere med multisygdom. Tidlig opsporing af kronisk sygdom og multisygdom er vigtig for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb, og derfor skal SUF i 2016 implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

Baseret på Københavns Kommunes samarbejde med Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler i den foregående sundhedsaftaleperiode, vil SUF i 2016 pilotafprøve en målrettet opsporing og indsats til borgere med multisygdom. Pilotindsatsen forankres i primærsektoren i Bispebjerg Hospi-

tals optagerområde i tæt samarbejde med almen praksis og hospital. Det forventes, at projektet kan reducere forbruget af sundhedsydelser for målgruppen, og dermed medføre en besparelse i kommunen.

Pilotafrøvningen vil sætte rammen for de fremtidige regionale anbefalinger på multisygdomsområdet og indgå i de udarbejdede forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Der ansøges om midler til en pilotafrøvning af opsporing og koordination af multisyge borgeres forløb.

A2 - Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata

Der er begrænset viden om effekten af indsatserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom, og derfor skal SUF levere data til en regional klinisk rehabiliteringsdatabase for borgere med kroniske sygdomme.

Region Hovedstaden og kommunerne har under sidste sundhedsaftaleperiode igangsat et arbejde med at udvikle og implementere en klinisk rehabiliteringsdatabase, som kan monitorere effekten af rehabiliteringsforløb for kronisk sygdom fra diagnosticering til afsluttet forløb på tværs af sektorer. Som en engangsudgift skal alle kommuner i 2016 etablere en webbaseret snitfladeløsning til rehabiliteringsdatabase mhp. levering af data fra ultimo 2016 på type 2 diabetes og KOL området. Rehabiliteringsdatabase videreudvikles i aftaleperioden til flere sygdomsområder, og der udvikles ledelsesinformation til kommunerne i forhold til borgerforløb på tværs af sektorer.

Indsatsen medfører etablering og efterfølgende drift af en webbaseret snitfladeløsning.

A3 - Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma

I økonomiaftalen for 2014 fremgår, at der skal ske en styrket indsats på lungeområdet. Almen praksis er den centrale aktør i opsporing og diagnosticering af lungesygdomme, men kommunen skal i forlængelse heraf, og for at leve op til forløbsprogrammet for KOL, tilbyde rehabiliteringsindsatser til borgere med moderat KOL, der har et lavt aktivitetsniveau og muskelmasse for at forebygge yderligere sygdomsudvikling.

Denne målgruppe har endnu ikke udviklet svær KOL, men er i risiko pga. et for lavt aktivitetsniveau. Der er tale om en ny målgruppe. Københavns Kommune har hidtil alene tilbudt borgere med svær eller meget svær KOL rehabiliteringsforløb i kommunens forebyggelsescentre.

Indsatsen medfører behov for ekstra ressourcer i forhold til levering af rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentrene. Der ansøges om midler til 50 borgerforløb i ét lokalområde i 2016, mhp gradvis bydækkende udrulning i 2018. Det forventes, at en tidlig indsats for borgere med moderat KOL kan forebygge sygdomsudvikling og derved medføre en besparelse i kommunen.

A4 - Model for reducere af forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse

Analysen har vist, at forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet er centreret omkring en mindre gruppe af borgere. Region Hovedstaden og Københavns Kommune har derfor igangsat et arbejde med fokus på, hvordan borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelser kan identificeres, og hvordan man via målrettede indsatser kan reducere den del af storforbruget, som vurderes at kunne forebygges. Udviklingsarbejdet forudsætter, at relevante data kan deles på tværs af sektorer. Der ønskes i aftaleperioden afprøvet en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelser for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.

Indsatsen, herunder både udvikling og pilotafprøvning af modellen medfører behov for ressourceindsats. Efterfølgende implementering af modellen forudsætter, at pilotafprøvningen viser, at der kan realiseres en besparelse.

A5 - Tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. sygdomsudvikling

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver, at medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentre er opmærksomme på de allertidligste tegn på begyndende sygdom. Det kan være små ændringer i borgerens situation eller tilstand, som i løbet af uger kan udvikle sig til en indlæggelseskrævende sygdom.

For at understøtte en systematisk opsporing af de tidlige tegn på forandringer samt en systematisk opfølgning på observationerne, har SUF arbejdet med tidlig opsporing og udvikling af et koncept for tidlig opsporing, som kan bruges både på plejecentre og i hjemmeplejen. Konceptet giver medarbejderne redskaber til at observere og kommunikere om observationer. Målgruppen for indsatsområdet er borgere, der støttes af hjemmeplejen eller bor i plejecentrene.

Indsatsen rummer kompetenceudvikling af medarbejdere, samt forankring og udvikling af tidlig opsporing i de enkelte driftsenheder.

B. Ventetid til Genoptræning

Det konkrete indhold i indsatserne vedrørende reduktion af ventetiden til genoptræning er ikke endeligt fastlagt af Region Hovedstaden og kommunerne i regionen, men der forventes en præcisering i efteråret 2015.

B1 – Afkortning af den maksimale ventetid til genoptræning

Hurtig igangsætning af genoptræningsforløb understøtter omkostningseffektive borgerforløb og vil bidrage positivt til, at borgerne kan opnå samme eller bedst mulig funktionsevne.

Ny bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet giver hospitalerne mulighed for at anvise seneste opstartstidspunkt for genoptræning i kommunen, hvis der er faglige argumenter.

Borgerne venter op til 15 hverdage på opstart af deres genoptræning. Kortere ventetid til genoptræning bidrager til at mindske risikoen for varige funktionsnedsættelse og komplikationer samt minimere borgernes træningsstop i overgangen fra udskrivelsen til opstart af genoptræning i kommunen.

Kommunen bør derfor afkorte den maksimale ventetid indenfor genoptræningsområdet, så borgerne tilbydes at opstarte genoptræningsforløbet indenfor maksimalt 10 hverdage. Afkortning af den maksimale ventetid til genoptræning, gælder alle borgere som skal i et genoptræningsforløb efter både serviceloven og sundhedsloven for at tilgodese ligebehandlingsprincippet.

Kortere ventetid til genoptræning kræver øget beredskabskapacitet på træningsklinikkerne i form af personaleressourcer.

Praksisplan for almen praksis 2016-18

Som noget nyt er kommunerne også inddraget i udarbejdelsen af den regionale praksisplan for almen praksis, der forventes endeligt godkendt i 1. kvartal 2016. De enkelte kommuners udgifter til praksisplanen er fordelt efter bloktilskudsnøglen. Københavns Kommune er forpligtet til at løfte området med 10,2 mio. kr. årligt. I 2016 budgetteres med 5 mio. kr. idet praksisplanen ikke forventes at kunne implementeres fuldt ud i 2016.

Praksisplanen skal med udgangspunkt i sundhedsaftalen definere de opgaver, som ønskes løst af almen praksis inden for regionen. Den konkrete udmøntning forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales. Det er et krav ifølge overenskomsten om almen praksis, at den underliggende aftale indeholder en decentral aftale om ydelserne sygebesøg og samtaleterapi.

I KKR-regi er det besluttet, at de kommunale midler til praksisplanerne i Region Hovedstaden skal prioriteres til lægedækning på kommunale akuttillbud, sygebesøg, medicinområdet og samtaleterapi i det omfang, at der kan indgås aftale med de praktiserende læger herom.

Overordnede målsætninger og effekter

Budgetønsket understøtter behovet for at sikre københavnernes sammenhængende og gnidningsfrie overgange mellem kommune, hospitaler og almen praksis. Sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer er afgørende for, at sundhedsvæsenet kan tilbyde den rette indsats på det rette sted, og er dermed en forudsætning for en effektiv behandling af høj kvalitet.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Der er i alt afsat 20,9 mio. kr. til Sundhedsaftalen 2015-2018 for SUF, herunder 5,6 mio. kr. i 2016, 5,3 mio. kr. i 2017, 4,8 mio. kr. i 2018 og 5,3 mio. kr. i 2019 og frem.

Der er i nærværende budgetnotat alene medtaget initiativer fra sundhedsaftalen, der forventes at medføre behov for ressourcetilførsel fra 2016. I 2016 og i 2017 skal Region Hovedstaden og kommunerne i regionen tage stilling til hvilke øvrige indsatser i sundhedsaftalen, der skal implementeres i henholdsvis 2017 og 2018. Nogle af disse initiativer forventes ligeledes at kræve ressourcetilførsel.

Københavns Kommune er forpligtet til at afsætte 10,2 mio. kr. til implementering af praksisplanen for almen praksis. I 2016 er beløbet sat til 5 mio. kr., idet praksisplanen ikke forventes at kunne implementeres fuldt ud i 2016. Midlerne til praksisplan for almen praksis ønskes varigt.

Tabel 1. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2016 p/l)</i>	2016	2017	2018	2019	I alt
Sundhedsaftalen 2015-18 (SUF)	5.559	5.302	4.768	5.268	20.897
A – Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	1.959	1.702	1.168	1.668	6.497
B – Ventetid til genoptræning	3.600	3.600	3.600	3.600	14.400
Praksisplan for almen praksis 2016-2018	5.000	10.200	10.200	10.200	35.600
Udgifter til service i alt	10.559	15.502	14.968	15.468	56.497

Bilag. Tekniske oplysninger

Tidligere afsatte midler

De afsatte midler fra sundhedspakkerne går på tværs af flere forvaltninger, og rummer både midler til borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Tabellen viser de samlede afsatte driftsmidler.

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Budgetaftale 2013:						
- Sundhedspakke 1.0	29.800	29.800	29.200	29.200	29.200	29.200
- Sundhedsplejen – 8 ugers barselsbesøg til alle flergangsfødende	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600
Budgetaftale 2014:						
- Sundhedspakke 2.0		35.500	35.500	34.050	30.350	34.550
Budgetaftale 2015:						
- Sundhedspakke 3.0			30.000	30.000	30.000	30.000
Afsatte midler i alt			96.300	94.850	91.150	95.350