



KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Strategi for
Fremtidens kommunale sundhedsvæsen
2009 - 2012



UDKAST
9. januar 2009

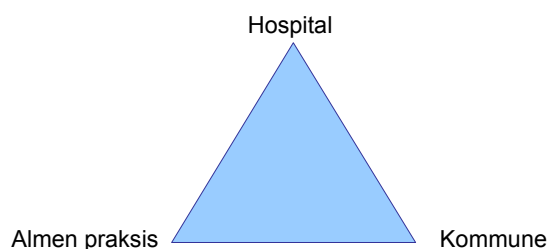
INDHOLD

Sundhedsvæsnet i dag	3
Det borgernære sundhedsvæsen	
1. Tilrettelæggelsen af egen opgaveløsning	6
2. Faglighed i de kommunale sundhedstilbud	9
3. Sammenhæng i overgange mellem hospital og kommune	11
4. Sammenhæng i primær sektor	13
5. Sundhedshuse	14
En ny sundhedspolitisk virkelighed	
6. At kende sin opgave	17
7. Styring i det kommunale sundhedsvæsen	18
8. Sundhedsvæsnet i morgen	19

Sundhedsvæsnets i dag

Med kommunalreformens gennemførelse i 2007 fik kommunerne en række nye sundhedsopgaver og kom formelt til at indgå som en del af sundhedsvæsnets sammen med hospitalerne og de praktiserende læger.

Figur 1: Kommunen som en del af sundhedsvæsnets



Udviklingen af de kommunale sundhedsopgaver har i den første periode været tæt knyttet til den første generation af sundhedsaftaler, og det forventes, at sundhedsaftalerne også fremover vil påvirke det kommunale opgavesæt.

Samtidig er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt påvirket af, at hospitalerne udvikler sig i retning mod en mere specialiseret og effektiv opgaveløsning, hvor en stadig kortere indlæggelsestid giver flere pleje-, trænings- og rehabiliteringsopgaver i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Udviklingen i sundhedsvæsnets medfører derfor en stigende forventning til, at kommunen kan sikre borgerne adgang til sundhedsydelser i nærområdet.

Konsekvensen er, at den kommunale indsats fremover meget tydeligt skal kunne afspejles i hele patientforløbet. Fra tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser, hjemtagning af færdigbehandlede, opfølgning efter indlæggelse og forebyggelse af genindlæggelser.

Fælles for de kommunale indsatser er det fortsatte fokus på forebyggelse, sundhedsfremme, opfølgning og tidlig opsporing. Således er det Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål at sikre:

- at borgerne forbliver raske og velfungerende
- at forværringer i en borgers tilstand opdages i tide
- at der følges op efter udskrivelse

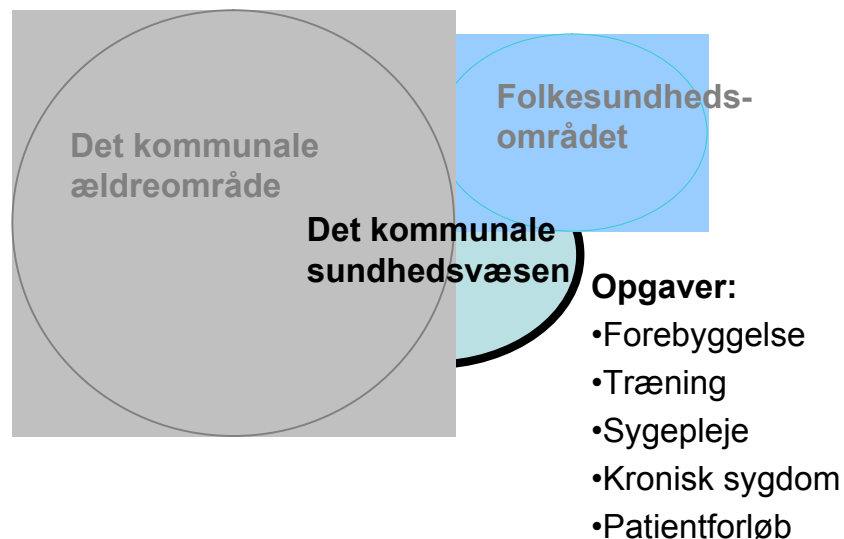
Opgaver

For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har udviklingen betydet, at forvaltningens traditionelle opgavesæt på henholdsvis ældre og

folkesundhedsområdet er blevet udvidet med en række nye kommunale sundhedsopgaver inden for bl.a. genoptræning, kronisk sygdom, sygepleje og håndtering af overgange mellem kommune og hospital. Det er dette konglomerat af opgaver, der her karakteriseres som det kommunale sundhedsvæsen, og som er genstandsfeltet for denne strategi.

Det kommunale sundhedsvæsen er i figur 2 placeret ind i forhold til det samlede opgavefelt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Figur 2: Det kommunale sundhedsvæsen som del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaveportefølje



Fælles for opgavesættet i det kommunale sundhedsvæsen er, at der leveres en sundhedsydelse til borgeren, eksempelvis i form af et ryggestop kursus, et genoptræningsforløb eller en sårbehandling.

Det betyder samtidig, at en lang række indsatser med betydning for befolkningens sundhed *ikke* defineres som værende en del af dette væsen. Det gælder f.eks. den del af folkesundhedsarbejdet, der retter sig mod planlægning af strukturelle forebyggelsesindsatser.

Målgrupper

▪ Ældre

Mens folkesundhedsarbejdet og den borgerrettede forebyggelse principielt retter sig mod hele den raske befolkning, så kan en stor del af målgruppen for den traditionelle kommunale ældreopgave og de nye sundhedsopgaver karakteriseres som ældre, medicinske patienter. Den primære målgruppe for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud er således ældre borgere med nedsat funktionsevne og med en

eller flere - ofte kroniske - sygdomme.

▪ *Voksne*

Med sundhedsloven blev Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt udvidet til også at omfatte mennesker under 65 år. Indsatserne dækker her først og fremmest genoptræning efter udskrivelse fra hospital og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom. Med udvidelsen af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver i forhold til voksne øges behovet for at styrke samarbejdet med Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

▪ *Børn*

Den traditionelle kommunale sundhedsindsats i forhold til børn er med sundhedsloven udvidet til også at omfatte genoptræningsområdet. Børneområdet vil i stigende grad komme i fokus i de kommende sundhedsaftaler, hvilket forudsætter en udvikling af samarbejdet mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen.

Udfordringer

Den kommunale opgavetilrettelæggelse er afhængig af opgavetilrettelæggelsen i det øvrige væsen og de økonomiske incitamentsstrukturer, der er bestemmende for arbejdet i sundhedsvæsenet.

Det betyder at andre politiske myndigheders beslutninger, får mere eller mindre direkte betydning for de tilbud, som Københavns Kommune kan stille til rådighed for byens borgere.

Denne afhængighed gør, at Sundheds- og Omsorgsudvalget, udover at træffe beslutninger om tilrettelæggelsen af egen organisation, skal stille krav til udviklingen af karakteren og indholdet af det samarbejde som kommunen er en del af. Samtidig kan Københavns Kommune påvirke udviklingen af det samlede danske sundhedsvæsen ved til stadighed at gå forrest og afprøve nye kommunale løsnings- og samarbejdsmodeller, der udfordrer den eksisterende orden.

Opbygning

Strategien er bygget op i to dele.

Afsnit 1 – 5, *Det borgernære sundhedsvæsen*, retter sig mod indholdet i de kommunale sundhedstilbud, den måde hvorpå de organiseres, samt den betydning samarbejdet med Region Hovedstaden har for tilrettelæggelse af de kommunale sundhedstilbud.

Afsnit 6 – 8, *En ny sundhedspolitisk virkelighed*, beskriver de rammer og vilkår, der er bestemmende for udviklingen af sundhedsområdet og de kommunale sundhedstilbud. Endelig overvejes sammenhængen

med sundhedsaftalerne og den videre udvikling af det kommunale sundhedsvæsen i sidste afsnit.

Det borgernære sundhedsvæsen

1. Tilrettelæggelsen af egen opgaveløsning

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har både før og efter kommunalreformen prioriteret opgaverne indenfor den borgerrettede forebyggelse højt. Der er naturlige berøringsflader mellem folkesundhedsområdet og de nye sundhedsopgaver, særligt i snittet mellem den patientrettede- og den borgerrettede forebyggelse.

Ikke desto mindre har udviklingen vist, at de nye sundhedsopgaver i langt højere grad bevæger sig ind over forvaltningens traditionelle opgaveløsning på ældreområdet. Overlappet dækker ikke blot flere og flere opgaver. Sammenhængen er også mere gennemgribende end på folkesundhedsområdet, idet målgruppen for opgaveløsningen i vid udstrækning er overlappende.

Sundhed og ældreområdet

Der skal skabes bedre sammenhæng og kvalitet for borgeren gennem en faglig og organisatorisk sammentænkning af ældre- og sundhedsområdet, særligt i forhold til de ældre medicinske patienter

INDSATSER - SUNDHED OG ÆLDREOMRÅDET

EKSEMPLER:

Organisatorisk
integration af ældre
og
sundhedsområdet

Udnyttelse af
sundhedsfaglig
viden i hele
organisationen

Udvikling af faglige
standarder

Arbejdet med ældre- og sundhedsområdet skal tilrettelægges, så der sker en bedre udnyttelse af de samlede ressourcer i både drift og planlægning.

En koordinering af opgavesættene på ældre- og sundhedsområdet fordrer et mere bevidst fokus på de enkelte områders faglige udgangspunkter, for på den måde at fastholde og udvikle de specifikke faglige identiteter til gavn for borgerne.

Det vil således være hensigtsmæssigt at arbejde med en specialeopdeling af opgavesættet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med udgangspunkt i følgende hovedoverskrifter:

- Forebyggelse
- Sygepleje (geriatri)
- Rehabilitering
- Træning
- Pleje og omsorg (gerontologi)

Selvom der er store overlap mellem de enkelte fagligheder, knytter

rehabilitering og træning sig primært til opgaverne på genoptræningsområdet og arbejdet med rehabilitering af kronisk sygdom.

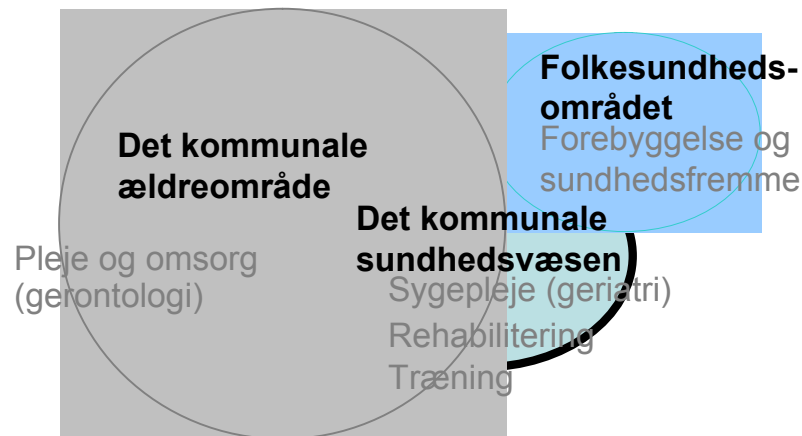
Geriatriciens læren om alderdommens sygdomme dækker i vid udstrækning arbejdet i den kommunale sygepleje, mens hele pleje og omsorgsområdet fagligt set er nært knyttet til gerontologiens læring om aldring og de komplekse sociale, kulturelle, psykologiske og biologiske forandringer der sker med det enkelte individ gennem livet.

Forebyggelse og sundhedsfremme er nært knyttet til arbejdet på folkesundhedsområdet, men er samtidig kendetegnende for alle de kommunale sundhedsopgaver.

Endvidere er der en række mere specifikke fagligheder inden for områder som demens, sårpleje, palliation, genoptræning på særlige områder etc.

I figur 3 er sammenhængen mellem opgaverne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skitseret.

Figur 3: Opgaveportefølje i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen



Sammenhæng i de kommunale sundhedsindsatser

**INDSATSER -
SAMMENHÆNG I
DE KOMMUNALE
SUNDHEDSINDSATSER**

EKSEMPLER:

De kommunale sundhedstilbud på tværs af forvaltninger skal samtænkes, så borgerne oplever kommunen som én samlet enhed.

Øget integration af sundhedsplejen i

Øget samarbejde om borgere under 65 år

Øget samarbejde på sygedagpengeområdet

Kommunale sundhedsydelser leveres i Københavns Kommune ikke kun af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, men også af Socialforvaltningen og af Børne- og Ungdomsforvaltningen. Samtidig er sundhedsområdet nært knyttet til syge-dagpengeområdet og beskæftigelsesområdet.

I udviklingen af fremtidens kommunale sundhedsvæsen er det vigtigt at arbejde mod et stadig mere sammenhængende sundhedsvæsen i Københavns Kommune, med en øget synergi og koordination på tværs af forvaltningerne som resultat.

Eksempelvis kan sundhedsplejen i Børne- og Ungdomsforvaltningen med fordel knyttes tættere til de forebyggende indsatser på børneområdet, der er forankret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Samtidig nødvendiggør udvidelsen af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt til mennesker under 65 år, at samarbejdet med Socialforvaltningen udbygges og udvikles. Særligt i forhold til hjemmepleje, genoptræning og psykiatri.

Den samlede nytteværdi af det kommunale sundhedsvæsen er ikke kun for borgerne men også for kommunens samarbejdspartnere afhængig af, at der på en gennemsigtig og entydige måde kan opnås adgang til de relevante samarbejdspartnere.

Udvikling af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser

Der skal ske en samlet udvikling og udvidelse af borgernes adgang til genoptræning, sygepleje og rehabilitering af kronisk sygdom.

INDSATSER - INTEGRATION AF SUF'S YDELSER

EKSEMPLER:

Etablering af bydækkende tilbud i forhold til:

- Sundhedscentre
- Sygeplejeklinikker

Kerneydelserne på det kommunale sundhedsområde leveres af sygeplejen, træningscentrene og sundhedscentrene.

Det fælles udgangspunkt for den kommunale opgaveløsning er et gennemgående fokus på

- forebyggelse
- borgerens samlede livssituation
- borgerens egne ressourcer

For en lang række patientgrupper er der en faglig sammenhæng såvel som overlap i opgaveløsningen. Det stiller både krav til den faglige koordination mellem områderne og til kontinuiteten i borgerens forløb. Eksempelvis patienter, med en tilknytning til såvel sundhedscenter som træningscenter eller borgere med en kronisk sygdom, der er tilknyttet såvel sundhedscenter som sygeplejeklinik.

Fortsat specialisering af træningsområdet

Fælles borgerjournaler med indsigt på tværs

En samlet koordinering og udvikling af genoptræning, sygepleje og kronisk sygdom mod en stadig tættere integration vil både udvikle og styrke de fælles fokusområder og øge sammenhængen og effektiviteten i arbejdstilrettelæggelsen.

Planlægningen og udviklingen af områderne skal sikre, at tilbud om såvel sygeplejeklinikker, træningscentre og sundhedscentre dækker alle borgere i Københavns Kommune.

2. Faglighed i de kommunale sundhedstilbud

Der arbejdes til stadighed med kvalitet i de kommunale ydelser. Med sundhedsloven, og den stigende kompleksitet i de sundhedsfaglige opgaver, er det kommunale kvalitetsarbejde under stigende påvirkning af kvalitetstænkningen i sekundærsektor.

De nye opgaver betyder, at der er øgede krav til de faglige kompetencer i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samt til de faglige hjælpesystemer, som skal understøtte opgaveløsningen i frontlinjen.

Kvalitet i leverancen

Borgerne i Københavns Kommune skal modtage samme høje kvalitet, uanset hvor i byen de møder det kommunale sundhedsvæsen.

**INDSATSER -
KVALITET I
LEVERANCEN**

EKSEMPLER:

Kvalitetsstrategi for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

At der stilles øgede krav til kompetencerne i det kommunale sundhedsvæsen, gør sig gældende for alle de nye sundhedsområder fra akutområdet til kronisk sygdom, sygepleje, genoptræning og tidlig opsporing.

For alle områder gælder det, at der skal arbejdes mere systematisk med at udvikle standarder for den kommunale opgaveløsning, der sikrer borgerne et ensartet, højt kvalitetsniveau på tværs af byen. Det skal bl.a. ske ved en øget brug af kliniske vejledninger og instrukser samt udarbejdelsen af tværsektorielle forløbsprogrammer for kronisk sygdom og forløbsbeskrivelser for genoptræning.

Kompetenceudvikling

Fælles faglige
standarder og
retningslinier

Faglig controlling

Implementeringen af fælles faglige standarder skal ske gennem en sikring af adgangen til de fælles retningslinjer. Der skal arbejdes systematisk med udviklingen og håndteringen af kvalitetsdokumenter og adgangen til disse, f.eks. gennem brug af elektroniske beslutningsstøtteværktøjer.

Arbejdet med og udviklingen af den faglige kvalitet forudsætter dog først og fremmest, at der skabes stærke faglige miljøer med fokus på læring og udvikling, og hvor der er ledelsesopbakning til kvalitetsarbejdet.

Struktureret videndeling på tværs af sektorerne

Borgernes adgang til tilbud af høj faglig kvalitet skal sikres gennem et tæt samarbejde med hospitalerne, med henblik på en løbende udvikling af tilbudene på baggrund af den nyeste viden

**INDSATSER -
STRUKTURERET
VIDENDELING PÅ
TVÆRS AF
SEKTORER**

EKSEMPLER:

Tværasektorielle
videndelingmøder
på alle
sundhedscentre

Udgående geriatrisk
ambulatorium på
træningscentre

Øget kommunal
involvering i
regionens
sundhedsfaglige råd

Kronisk sygdom

I forhold til kronisk sygdom, har der fra det første sundhedscenters oprettelse været arbejdet med en systematisk vidеноverførsel og et tæt fagligt samarbejde med hospitalerne. Udgangspunktet for arbejdet i sundhedscentrene er samarbejdet om udviklingen af fælles evidensbaserede standarder for rehabiliteringen af mennesker med kronisk sygdom.

Samarbejdet har bl.a. fundet sted gennem videndelingmøder, der afholdes ca. fem gange årligt for hver sygdomsgruppe.

Formålet med videndelingmøderne er at øge de sundhedsprofessionelles faglige kompetencer og at sikre at det sundhedsfaglige personale kontinuerligt bliver opdateret med sidste nye viden. Sådanne systematiske vidensdelingsmøder er en nyskabelse i det tværfaglige og tværasektorielle samarbejde.

Genoptræning

I træningscentrene er der med de nye genoptræningsopgaver opstået øget behov for en lignende systematisk videndeling og samarbejde. Da genoptræningsopgaven blev løst på hospitalerne, var der en daglig kontakt mellem terapeuter og det ørige sundhedspersonale på afdelingerne. Det betød at terapeuterne løbende blev opdateret i forhold til nye operationsteknikker og lignende. Med overførslen af genoptræningsopgaven til kommunen er det nødvendigt at arbejde mere systematisk med denne videndeling.

Endvidere efterspørges der fra træningscentrenes og rehabiliterings-

pladsernes side et langt tættere samarbejde med geriaterne på hospitalerne. Samtidig efterspørger hospitalerne feedback på de patienter, som udskrives til kommunale genoptræningsforløb. Der skal derfor udvikles nye samarbejdsformer, hvor hospitalernes arbejdstilrettelæggelse ændres til i højere grad at imødekomme behovene i et ændret sundhedsvæsen. Eksempelvis via etableringen af udgående geriatrisk ambulatorium på træningscentre.

Sygepleje

Opgaveglidning fra hospital til kommune, det stadig større fokus på koordinationen mellem hospital og kommune og stigningen i antallet af borgere med kroniske lidelser og i antallet af borger med komplekse plejehjemsbehov har betydet en stigning i behovet for kommunal sygepleje.

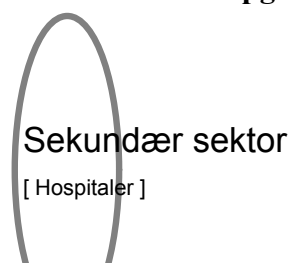
Oven i at opgaverne bliver mere komplekse, er det svært at tiltrække et tilstrækkeligt antal sygeplejersker til forvaltningen. Særligt til den svageste gruppe af borgere, beboerne på kommunens plejehjem, er det en udfordring. Det betyder at plejehjemsbeboere vil blive indlagt, i situationer hvor en øget faglig back-up til plejehjemmene formentlig ville have forhindret dette. Der efterspørges derfor i stigende grad øget adgang til sundhedsfaglig viden – særligt på det geriatriske område.

Behovet for integration og videns overførsel mellem hospital og kommune vil vokse efterhånden som specialiseringen af sekundær sektor øges og stadigt flere og mere komplekse opgave skal løses i kommunalt regi.

3. Sammenhæng i overgange mellem hospital og kommune

Den stadige specialisering og effektivisering i sekundær sektor medfører at sektorerne på en lang række områder vil glide fra hinanden og skabe et tomrum, *medmindre* primærsektor udvider sit opgavefelt med henblik på at lukke de huller, der måtte opstå. Denne udvikling er illustreret i figur 4.

Figur 4: Nye grænser for kommunal opgavevaretagelse.



Sikring af overgange mellem hospital og kommune

Den gode borgeroplevelse af det samlede patientforløb skal sikres gennem udvikling af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens indsatser

INDSATSER - SIKRING AF OVERGANGE MELLEM HOSPITAL OG KOMMUNE

Konsekvensen af den ændrede opgavevaretagelse i sekundær sektor er, at det kommunale ansvar øges i alle dele af patientforløbet. Det betyder, at der i Københavns Kommune er behov for at udvikle en stadigt mere differentieret palet af tilbud både før, efter og i forbindelse med udskrivelse. Målet er at sikre borgerne de rette tilbud i alle dele af patientforløbet – også når den rette indsats er en indlæggelse.

Københavns Kommunes kontinuerlige rolle i patientforløbet er illustreret i figur 5.

EKSEMPLER:

Figur 5: Kommunale indsatser i patientforløbet



Udvikling af metoder til tidlig opsporing

Udvikling og implementering af tværsektorielle forløbsprogrammer

Dimensionering og etablering af midlertidige kommunale døgnpladser

Etablering af opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning

De øgede kommunale indsatser i det samlede patientforløb skal sikre målsætningen om; at borgerne forbliver raske og velfungerende så længe som muligt, at forværringer i en borgers tilstand opdages i tide og at der følges op efter udskrivelse. Det betyder at de kommunale kompetencer med hensyn til sygepleje, træning og rehabilitering spiller en rolle i store dele af patientforløbet.

Tidlig opsporing

Den tidlige opsporing skal primært ske gennem et systematisk fokus på området i alle dele af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens arbejde. En meget stor del af de borgere, der indlægges, er allerede i berøring med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud, og der vil med fordel kunne arbejdes mere systematisk med en udvikling af området.

Akut-området

En stor udfordring i arbejdet med tilrettelæggelsen af de nye kommunale sundheds opgaver retter sig mod akut-området.

Den stadige specialisering på hospitalerne nødvendiggør en løbende revurdering af organiseringen og dimensioneringen af de midlertidige kommunale døgnpladser. Målet er at udvikle et tilstrækkeligt antal pladstyper til at dækker de eksisterende behov samtidig med, at der sikres en tilstrækkelig volumen og gennemstrømning af borgere til at sikre rentabiliteten af pladserne.

Samtidig er det vigtigt at udvikle gennemskuelige og bydækkende tilbud, der sikrer borgerne i København det samme høje kvalitetsniveau uanset hvor de bor, eller hvilket hospital de udskrives fra.

Opfølgning

Med hensyn til opfølgningen efter udskrivelse arbejdes der allerede i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med at udvikle og afprøve modellen omkring opfølgende hjemmebesøg med henblik på at optimerer den kommunale indsats efter udskrivning. Modellen har tidligere vist sig at kunne reducere antallet af genindlæggelser betragteligt.

4. Sammenhæng i primær sektor

Vigtigheden af at skabe en sammenhængende primærsektor er blevet forstærket efter kommunalreformen, og Københavns Kommune har følgelig fået en stigende interesse i at etablere et stadigt tættere samarbejde med almen praksis.

Samme sektor – samme patienter

Borgerne skal opleve en højere grad af koordination og kommunikation mellem kommune og egen læge

**INDSATSER -
SAMME SEKTOR
-SAMME
PATIENTER**

EKSEMPLER:

Forpligtende
involvering af almen
praksis i
sundhedsaftalerne

meddelelse ml.
hjemmepleje og
praktiserende læge

Etablering af
praksiskonsulentordning

Ændrede
samarbejdsformer
ml.
hjemmesygepleje og
almen praksis

Den patientgruppe, der udgør størstedelen af konsultationerne i almen praksis er mennesker med kronisk sygdom. Denne gruppe af patienter er for en stor dels vedkommende over 65 år og er i vid udstrækning identiske med de borgere, som benytter sig af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud på såvel sundheds- som ældreområdet.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har valgt at benytte muligheden i landsoverenskomst om almen lægegerning til at etablere et lægeligt kommunalt kontaktudvalg. Her kan lægerne og forvaltningen drøfte nye tiltag og udarbejde vejledninger til lægerne i kommunen. Lægerne kan dog ikke indgå forpligtende aftaler på deres kollegaers vegne.

Særligt i forhold til hjemmeplejen og plejehjemmene er der et kontinuerligt behov for at samarbejde med borgerens egen læge. Ikke mindst i forhold til tidlig opsporing og opfølgning efter indlæggelse. I mange sammenhænge er der et stort potentiale for at forbedre samarbejdet til gavn for både læge, kommune og naturligvis borgeren selv.

Den praktiserende læge og Sundheds- og omsorgsforvaltningens medarbejdere arbejder under vidt forskellige vilkår, hvilket kan være medvirkende til at besværliggøre samarbejdet. Et mål må derfor være at udvide brugen af mere hensigtsmæssige kommunikationsformer, som f.eks. de elektroniske korrespondancemeddelelser.

En anden del af løsningen er, at skabe mere kontinuitet på personplanet. På grund af den særlige geografi, der kendetegner en storby har Københavns Kommune mere end 300 praktiserende læger, hvor af de fleste har patienter i mange bydele. Der er derfor behov for at udvikle metoder, der i højere grad ”parrer” de kommunale systemer med lægens listepatienter.

En metode kunne være udviklingen af konceptet om ”egen sygeplejerske” til borgerne i kommunen. En ”egen sygeplejerske” ville kunne sikre en øget grad af personkontinuitet. Både i forhold til borgeren og i forhold til kommunikationen med egen læge. Herved kunne Sundheds- og Omsorgsforvaltningen også i højere grad imødekomme den efterspørgslen som de praktiserende læger har i forhold til primært at kommunikerer med andre sundhedspersoner.

5. Sundhedshuse

Et omdrejningspunkt i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen er udviklingen af sundhedshuse, hvor en lang række sundhedsydelser samles i én bygning.

Tanken bag udviklingen af sundhedshuse er, at de skal fungere som omdrejningspunkt for det primære sundhedsvæsen i et lokalområde, således at der skabes en øget tilgængelighed og gennemsigtighed i borgernes indgang til det lokale sundhedsvæsen, samtidig med at der udvikles attraktive faglige miljøer, hvor den sundhedsfaglige kvalitet er i højsædet.

Tilbud i sundhedshuset

Borgernes adgang til sundhedsvæsenet skal lettes gennem etableringen af sundhedshuse, der rummer både offentlige og private sundhedstilbud.

INDSATSER - TILBUD I SUNDHEDSHUSET

EKSEMPLER:

Samling af
Kommunale
sundhedsydelser i
sundhedshuse

Tiltrækning af
praktiserende læger
til sundhedshuse

Integration af
hospitalsydelser

Tilbuddene i sundhedshuset skal kendetegnes ved fire ting. For det første skal funktionerne i huset skal være *ydelsesbaserede*. Det vil sige, at der enten skal leveres sundhedsydelser direkte til borgerne eller samarbejdes direkte med andre aktører, der leverer sundhedsydelser til borgerne.

For det andet er de sundhedsydelser, der er samlet i sundhedshuset kendetegnet ved, at der er tale om *etablerede* sundhedstilbud og *velafprøvede* koncepter.

Dernæst er det af afgørende betydning, at der er *synergieffekter* med en eller flere af de øvrige tilbud i huset. En samlokalisering af flere sundhedstilbud skal skabe en merværdi i form af faglige, koordineringsmæssige eller andre gevinster.

Endelig er det afgørende at der er tilstrækkelig *volumen* til etableringen af et tilbud. For særlig specialiserede ydelser er der ikke mulighed for at etablere tilbud i alle lokalområder i byen. Her sikres fagligheden derimod ved at der skabes bydækkende tilbud, som det eksempelvis er tilfældet med sundhedscentret for kræft.

”Beboere” i sundhedshuset

Ovenstående kriterierne peger på, at en lang række sundhedsydelser naturligt ville kunne indgå i et sundhedshus. Fra kommunal side vil det være oplagt at samle træningsopgaver, sygeplejeklinikkerne og den borgerrettede såvel som den patientrettede forebyggelse, inkl. sundhedsplejen, i sundhedshusene.

I forhold til de private aktører er det i første omgang praksissektoren, der forventes at indgå i sundhedshuset. Mest centralt er i den forbindelse almen praksis.

Endelig kan en række funktioner fra hospitaler og øvrige tænkes at have en plads i sundhedshuset. Såfremt den kommunale sundhedspleje placeres i sundhedshuset er det nærliggende også at indtænke hospitalernes svangreambulatorier.

Mulige sundhedstilbud i sundhedshuset er illustreret i figur 6.

Figur 6: Sundhedshus



Sundhedshuset i lokalområdet

Ét sundhedshus i hvert lokalområde skal udgøre et sundhedscentrum for såvel borgeren som de øvrige sundhedsprofessionelle i lokalområdet.

INDSATSER - SUNDHEDSHUSET I LOKALOMRÅDET

EKSEMPLER:

Det forventes, at der i Københavns Kommuner er grundlag for etableringen af 5 sundhedshuse. Tilgængeligheden for brugerne af det borgernære sundhedsvæsen sikres således ikke ved at samle alle sundhedstilbud i lokalområderne i sundhedshuse. Eksempelvis forventes behovet for sygeplejeklinikker at overstige antallet af sundhedshuse og der vil være behov for at etablere sygeplejeklinikker i lokalområdet udover de klinikker, der måtte have adresse i et sundhedshus.

Der etableres et
sundhedshus i hvert
lokalområde

På tilsvarende vis er det heller ikke hverken muligt eller hensigtsmæssigt at samle alle praktiserende læger i Københavns Kommune i relativt få sundhedshuse i forhold til antallet af praktiserende læger.

Tilbuddene i sundhedshusene skal derfor ikke kun udgøre et sundhedscentrum i forhold til de tilbud, der samles under samme tag. Sundhedshuset skal derimod fungere som sundhedsmæssigt kompetence- og ressourcecenter for alle aktørerne på sundheds- og ældreområdet i et lokalområdet.

De sundhedsaktører, der ikke er bosiddende i sundhedshuset skal dermed fungere som ”satellitter” med adgang til at trække på de forskellige praktiske og videnskabelige fordele som sundhedshuset rummer.

En ny sundhedspolitisk virkelighed

6. At kende sin opgave

Sundhedsloven flyttede nye sundhedsopgaver ud i kommunerne, uden at give svar på hvor grænserne for den kommunale opgaveløsning går, og uden at give svaret på hvor snitfladerne mellem hospitaler og kommuner ligger.

At kende sin opgave er den første forudsætning for at løse den tilfredsstillende. For at kunne levere den bedste service til borgerne på sundhedsområdet har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen derfor behov for, at der skabes klarhed omkring opgavesættet på det kommunale sundhedsområde.

Arbejdsdeling

Borgerne skal have sikkerhed for, hvor de kan forvente at få leveret hvilke ydelser

INDSATSER –ARBEJDSDELING

EKSEMPLER:

Etablering af generel arbejdsdeling for hele sundhedsområdet med udgangspunkt i arbejdsdelingen på genoptræning

På genoptræningsområdet er der fastlagt kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret, ambulans genoptræning. Snitfladen har vist sig at fungere som et værdifuldt redskab i det lokale samarbejde om udviklingen af den konkrete arbejdsdeling. En tilsvarende arbejdsdeling kan med fordel etableres for hele sundhedsområdet.

Med udgangspunkt i arbejdsdelingen på genoptræningsområdet betyder det, at sundhedsydelser fremadrettet kun skal ydes på et hospital, hvis der er behov for tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau eller hvis det er nødvendigt af hensyn til patientens sikkerhed.

Således bør sundhedsopgaver løses i kommunen medmindre:

1. Patienten har behov for en indsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af rehabilitering, udredning og behandling.
2. Patienten har behov for en indsats, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi.

7. Styring i det kommunale sundhedsvæsen

Udviklingen af de kommunale sundhedsopgaver er ikke kun knyttet til en faglig udvikling og etableringen af en klar arbejdsdeling. Den er også nært knyttet til den økonomiske styring af det kommunale sundhedsvæsen.

Sammen med de nye sundhedsopgaver fulgte en helt ny økonomisk incitamentsstruktur, hvor 20 % af udgifterne til hospitaler og praksissektoren dækkes af den kommunale medfinansiering. I Københavns Kommune udgør budgettet hertil ca. halvanden milliard kroner, fordelt med ca. 600 mio. kr. i fast grundbidrag og ca. 900 mio. kr. i aktivitetsbestemt medfinansiering i 2008.

Nye finansiering og planlægningsmetoder

En hensigtsmæssig finansiering og kapacitetsplanlægning af det kommunale sundhedsvæsen sikrer borgerne adgang til de nødvendige sundhedstilbud.

INDSATSER - NYE FINANSIERINGS OG PLANLÆGNINGS METODER

EKSEMPLER:

Der skal tilføres national økonomi til løsningen af de kommunale sundhedsopgaver

Der skal etableres en differentieret kommunal medfinansiering

Der skal ske en fælles kapacitetsplanlægning på områder af gensidig interesse for hospitaler og kommune

En af grundtankerne i finansieringsmodellen i kommunalreformen var, at den kommunale medfinansiering skal give kommunerne et økonomisk incitament til at iværksætte initiativer, der forebygger, at kommunens borgere bliver syge og dermed genererer udgifter på hospitaler og i praksissektoren.

De økonomiske mekanismer har i praksis vist sig ikke at fungere som finansieringskilde til nye kommunale indsatser på sundhedsområdet.

Ændret medfinansiering

Der er grundlæggende tre muligheder for en ændret kommunal medfinansiering. Den første mulighed er, at den kommunale medfinansiering øges generelt, således at medfinansieringen øges uanset hvad borgeren er indlagt for.

Den anden mulighed er, at den kommunale medfinansiering øges differentieret, således at medfinansieringen kun øges i forhold til udvalgte parametre, hvor kommunerne rent faktisk har mulighed for at påvirke indlæggelseshyppigheden.

Det kunne for eksempel ske ved, at medfinansieringen blev øget på udvalgte diagnoser, hvor den kommunale indsats i hjemmeplejen og i opfølgningen efter udskrivelse kan påvirke indlæggelses- og genindlæggelsesfrekvenserne.

Det drejer sig om diagnoser som:

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. tryksår | 5. blærebetændelse |
| 2. blodmangel | 6. lungebetændelse |
| 3. brud | 7. forstoppelse |
| 4. mave-tarm betændelse | 8. dehydrering |

Endelig kan den kommunale medfinansiering ændres som en kombination af den generelle og den differentierede medfinansiering. Således at der gennemføres en generel forøgelse af medfinansieringen ved at loftet hæves, samtidig med at den procentvise medfinansiering for udvalgte diagnoser øges.

Fælles kapacitetsplanlægning

Københavns Kommunes samarbejdspartnere i regionen varetager løbende planlægnings- og udviklingsopgaver med store effekter på de *kommunenære* områder. Dvs. de dele af sundhedsvæsenet der har fælles interesse for hospital og kommune og som primært dækker genoptræning, kronisk sygdom og akut-området.

På disse områder afhænger kommunens mulighed for at foretage en bæredygtig planlægning af udviklingen på hospitalerne. Der skal derfor arbejdes på at udvikle fælles data- og monitoreringsværktøjer, som kan danne grundlag for udviklingen af fælles virksomhedsplaner for områderne.

Hvis ikke der foretages en fælles planlægning med tilhørende stillingtagen til de samlede økonomiske effekter, vil det medføre en underforsyning af nødvendige sundhedsfaglige tilbud i overgangene mellem hospital og kommune.

8. Sundhedsvæsenet i morgen

Ansvar for udviklingen i sundhedsvæsenet er delt mellem flere parter og myndigheder. Store del af planlægningen vil derfor være afhængig af, at parternes samarbejde og deres evner til at indgå forpligtende aftaler med hinanden.

Udviklingen af de kommunale sundhedsopgaver har været tæt knyttet til den første generation af sundhedsaftaler og det er derfor af stor betydning, at der sker en øget politisk forankring af de sundhedsaftaler, der fremover skal indgås mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

Hertil kommer vigtigheden af, at sundhedsaftalerne udvikler sig til at

have en stadig mere bindende og forpligtende karakter - samtidig med at de rummer plads til de mere langsigtede politiske udviklinger af sundhedsområdet.

Sundhedsaftalen er Københavns Kommunes vigtigste forhandlingsredskab med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Det er derfor af afgørende betydning, at almen praksis fremadrettet får plads som selvstændig forhandlingspart i sundhedsaftalerne. I modsat fald vil der ikke kunne sikres den nødvendige opbakning og implementeringskraft i alle tre hjørner af sundhedsvæsenet.

Forventningen er, at udviklingen af det kommunale sundhedsvæsen også fremover vil være nært knyttet til sundhedsaftalerne, og strategien planlægges derfor revurderet efter indgåelsen af anden generation af sundhedsaftaler i 2010.

Fremadrettet skal de politiske og strategiske overvejelser om udviklingen af det kommunale sundhedsområde følge den samme fire-årige kadence som sundhedsaftalerne.