

UDKAST 19.februar 2009



INDHOLD

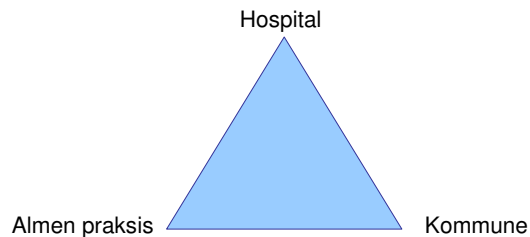
| | |
|--|----|
| Sundhedsvæsnetsnet i dag | 3 |
| Det nye borgernære sundhedsvæsen | |
| 1. Tilrettelæggelsen af egen opgaveløsning | 6 |
| 2. Sundhedshuse | 8 |
| 3. Faglighed i de kommunale sundhedstilbud | 12 |
| 4. Sammenhæng i overgange mellem hospital og kommune | 14 |
| 5. Sammenhæng i primær sektor | 15 |
| De nye sundhedspolitiske rammer | |
| 6. At kende sin opgave | 17 |
| 7. Sundhedsvæsnetsnet i morgen | 20 |

Sundhedsvæsenet i dag

Med kommunalreformens gennemførelse i 2007 gennemgik sundhedsvæsenet et paradigmeskift, hvor kommunerne med en række nye sundhedsopgaver kom til at indgå som en del af sundhedsvæsenet. Samtidig er det kommunale opgavesæt påvirket af, at hospitalerne udvikler sig i retning mod en mere specialiseret og effektiv opgaveløsning, hvor bl.a. en stadig kortere indlæggelsestid giver andre trænings-, rehabiliterings- og sygeplejefaglige opgaver. Nærværende strategi dækker dette nye borgernære sundhedsvæsen.

Samtidig er strategien et element i det samlede politiske grundlag for sundhedsområdet, der skal sikre at Københavns Kommune fungerer som drivkraft i udviklingen af sundhedsvæsenet til gavn for københavnernes liv og sundhed.

Figur 1: Kommunen som en del af sundhedsvæsenet



Kommunens rolle i sundhedsvæsenet er, som på de øvrige kommunale ressortområder, præget af den korte afstand til borgerne. Forventningen til kommunen om at indfri forandringspotentialet i kommunalreformen er derfor knyttet til et krav om, at kommunen fremadrettet kan sikre borgerne adgang til sundhedsydelse i nærområdet. En forventning, som i Københavns Kommune bl.a. vil blive indfriet gennem etableringen af sundhedshuse i lokalområderne.

Endvidere skal den kommunale sundhedsindsats fremover – både for borgere i plejebolig og selvstændig bolig - kunne afspejles i hele borgerforløbet fra tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, hjemtagning af færdigbehandlede borgere og opfølgning efter indlæggelse.

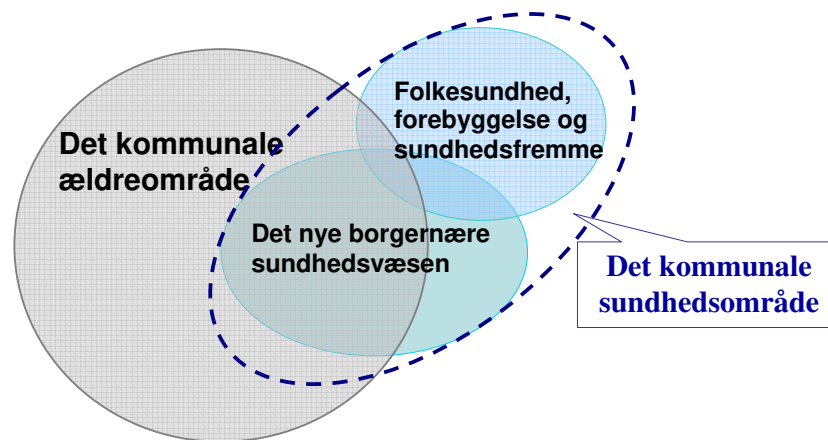
Således er det Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål at sikre:

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

Opgaver

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt er med *det nye borgernære sundhedsvæsen* blevet udvidet med en række kommunale sundhedsopgaver inden for genoptræning, kronisk sygdom, sygepleje og håndtering af overgange mellem kommune og hospital og det nye borgernære sundhedsvæsen udgør nu sammen med folkesundhed, forebyggelse og sundhedsfremme det kommunale sundhedsområde. I figur 2 er området placeret ind i forhold til det samlede opgavefelt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Figur 2: Det kommunale sundhedsområde



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.

Opbygning

Strategien er bygget op i to dele.

Afsnit 1 – 5, *Det nye 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 nye 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 folkesundhed, forebyggelse og sundhedsfremme og de nye sundhedsopgaver, særligt i snittet mellem den patientrettede- og den borgerrettede forebyggelse.

Samtidig har udviklingen vist, at de nye sundhedsopgaver i vid udstrækning bevæger sig ind over forvaltningens traditionelle opgaveløsning på ældreområdet, både med hensyn til opgaver og målgruppe.

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

En koordinering af opgavesættene på ældre- og sundhedsområdet fordrer et mere bevidst fokus på de enkelte områders faglige udgangspunkter. På den måde kan de specifikke faglige identiteter på nedenstående områder fastholdes og udvikle til gavn for borgerne.

- 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.

**INDSATSER -
SUNDHED OG
ÆLDREOMRÅDET**

EKSEMPLER:

Udvikling af faglige
standarder

Udnyttelse af
sundhedsfaglig
viden i hele
organisationen

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 med folkesundhed, men er samtidig kendetegnende for hele det kommunale sundhedsområde.

Sammenhæng i de kommunale sundhedsindsatser

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

INDSATSER - SAMMENHÆNG I DE KOMMUNALE SUNDHEDSIND- SATSER

EKSEMPLER:

Øget integration af
sundhedsplejen i
sundhedsarbejdet

Øget samarbejde om
borgere under 65 år

Øget samarbejde på
sygedagpenge-
området

Kommunale sundhedsydelse 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 sygedagpengeområdet 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:

Fortsat
specialisering af
træningsområdet

Etablering af
bydækkende tilbud i
forhold til:
▪ Sundhedscentre
▪ Sygeplejeklinikker

Fælles borger-
journaler med indsigt
på tværs

Kerneydelse 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.

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. Sundhedshuse

Et omdrejningspunkt for tilrettelæggelsen af den kommunale opgaveløsning på sundhedsområdet og udviklingen af det nye borgernære sundhedsvæsen er udviklingen af sundhedshuse. Sundhedshuset er en konkretisering af paradigmeskiftet i sundhedsvæsenet, og en synliggørelse af den kommunale rolle som primus motor i forhold til det borgernære sundhedsvæsen.

I sundhedshusene samles en lang række sundhedsydelser i én bygning, der samtidig fungerer som omdrejningspunkt for det primære sundhedsvæsen i et lokalområde. Således mindskes kompleksiteten for borgere med mange kontakter til sundhedsvæsenet via den øgede tilgængelighed og gennemsigtighed i indgangen til det lokale sundhedsvæsen. Samtidig udvikles attraktive faglige miljøer, der kan sikre og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet.

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:

Etablering af
lægehuse i
sundhedshuset

Samling af
kommunale
sundhedsydelse

Integration af
borgernære
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.

Dernæst skal de sundhedsydelser, der samles i sundhedshuset være kendetegnet ved, at der er *synergieffekter* mellem en eller flere af de øvrige tilbud i huset. En samlokalisering af flere sundhedstilbud skal således skabe en merværdi i form af faglige, koordineringsmæssige og andre gevinster. Der kan både skabes synergier omkring de praktiske opgaver såsom rengøring og administration og om de faglige opgaver f.eks. på sygeplejen, hvor der er overlappende behov mellem sygeplejeklinikker, sundhedscentre og de praktiserende læger.

Det næste krav til tilbuddene i sundhedshuset er, at der er tale om *etablerede* sundhedstilbud og *velafprøvede* koncepter og 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 kræftramte.

”Beboere” i sundhedshuset

En lang række sundhedsydelser vil naturligt kunne indgå i et sundhedshus. Fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samles træningsopgaver, sygeplejeklinikker, sundhedscentre for kronisk sygdom samt borgerrettede forebyggelsesydelser, som f.eks. *kost og motion i dit sundhedscenter*.

Samtidig skal sundhedshusene danne ramme for udviklingen af nye og mere integrerede samarbejdsformer i forhold til kommunens øvrige sundhedsopgaver i forhold til børn, sundhedstilbud til voksne under 65 og sygedagpengeområdet.

I forhold til de private aktører er den ubetinget vigtigste samarbejdspartner de praktiserende læger, men også de øvrige dele af praksissektoren og private aktører i øvrigt er vigtige aktører i sundhedshusene.

I forhold til det specialiserede sundhedsvæsen kan en række hospitalsambulatorier på børneområdet og på det geriatriske område med fordel placeres i sundhedshuset.

Endeligt er det vigtigt at der i huset sikres plads til patientforeninger, undervisning, lokale aktiviteter og åbne café-tibud, der understøtter den borgerrettede forebyggelse og er med til at forankre sundhedshusets aktiviteter i lokalområdet.

Figur 3: Sundhedshus



Sundhedshuset i lokalområdet

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

Sundhedshusene skal placeres i hvert lokalområde og skal fungere som en katalysator for udviklingen af de lokale sundhedsindsatser. Både i forhold til de sundhedstilbud, der samles i huset og i forhold til de øvrige sundhedsaktører i lokalområdet. Med sundhedshusene bliver der én indgang til sundhedsvæsenet i lokalsamfundet, hvor alle tråde kan bindes sammen – en nødvendighed i et sundhedsvæsen, der bliver stadig mere komplekst.

INDSATSER - SUNDHEDSHUSET I LOKALOMRÅDET

EKSEMPLER:

Der etableres 5
sundhedshuse - et i
hvert lokalområde

Sundhedshuset er
den primære
sundhedsdriver i
lokalområderne

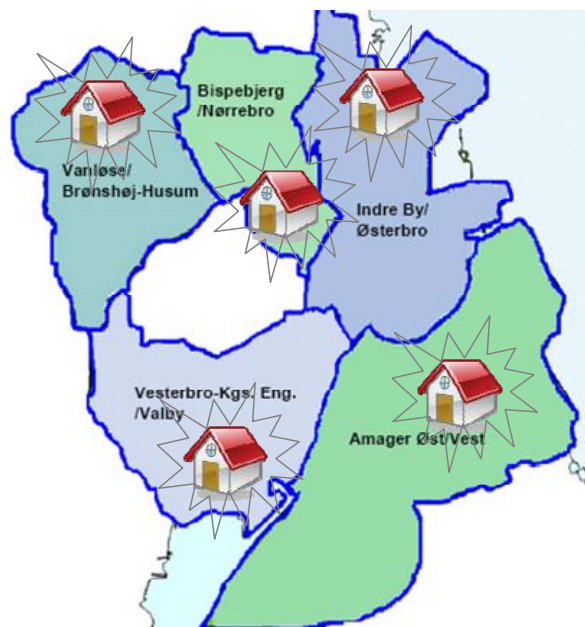
Nærheden vil desuden skabe tryghed i forbindelse med de kommende års reformering af hospitalsvæsnet.

Dog er det i lokalområder med ca. 100.000 borgere ikke formålstjenligt at samle alle sundhedstilbud under et tag. Eksempelvis forventes behovet for sygeplejeklinikker at overstiger antallet af sundhedshuse. På tilsvarende vis er det heller ikke hverken muligt eller hensigtsmæssigt at samle de mere end 300 praktiserende læger i Københavns Kommune i sundhedshuse.

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

De sundhedsaktører, der ikke er bosiddende i sundhedshuset kan dermed ses som "satellitter" med adgang til at trække på de forskellige praktiske og videnskæssige fordele som sundhedshuset rummer.

Figur 4: Sundhedshuset i lokalområdet



3. 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

INDSATSER - KVALITET I LEVERANCEN

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

EKSEMPLER:

Kvalitetsstrategi for
Sundheds- og
Omsorgsforvalt-
ningen

Kompetence-
udvikling

Fælles faglige
standarder og
retningslinier

Faglig controlling

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.

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:

Tværsæktorielle
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 videnoverførsel 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 tværsæktorielle 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 øvrige 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 plejebehov 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.

4. 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.

Sikring af overgange mellem hospital og kommune

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

Den ændrede opgaveløsning på hospitalerne betyder, at det kommunale ansvar øges i alle dele af patientforløbet. Københavns Kommune har derfor 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.

Figur 4: Kommunale indsatser i patientforløbet



**INDSATSER –
SIKRING AF
OVERGANGE
MELLEM
HOSPITAL OG
KOMMUNE**

EKSEMPLER:

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.

5. Sammenhæng i primær sektor

Vigtigheden af at skabe en bedre sammenhæng mellem kommunen og de praktiserende læger er med kommunalreformen blevet forstærket.

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

Etablering af
praksiskonsulent-
ordning

Ændrede
samarbejdsformer
ml.
hjemmesygepleje og
almen praksis

Implementering af
elektronisk
korrespondance-
meddelelse ml.
hjemmepleje og
praktiserende læge

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.

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 sygeplejersker” 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.

De nye sundhedspolitiske rammer

6. At kende sin opgave

Udbygningen af det kommunale sundhedsområde følges af en række faglige og økonomiske udfordringer. Der knytter sig en særlig udfordring til finansieringen af de områder, hvor sundhedsloven ikke opstiller klare grænser for det kommunale ansvar og hvor opgaveløsningen er delt mellem region og kommune.

Med kommunalreformen påbegyndtes således et paradigmeskift, hvor nye opgaver blev flyttet ud i kommunerne - uden at der samtidig blev givet svar på hvor grænserne for den kommunale opgaveløsning går, og uden at der blev opstillet retningslinier for fælles planlægning mellem hospitaler og kommuner og uden at den nødvendige finansiering af den kommunale opgaveløsning var på plads.

Nye finansiering og planlægningsmetoder

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

En af hovedudfordringen ved udbygningen af det kommunale sundhedsområde er, at de økonomiske incitament i kommunalreformen ikke understøtter reformens sundhedsfaglige målsætninger. De fagligt anbefalede sundhedsindsatser står som oftest i modsætning til den kasseøkonomiske struktur. Hvis københavnere skal sikres de nødvendige sundhedsfaglige tilbud, er det derfor nødvendigt at ændre finansieringen af det kommunale sundhedsvæsen. I modsatfald vil incitamentsstrukturen medføre en systematisk underforsyning af kommunale sundhedstilbud, med dårligere livskvalitet for københavnere og med øgede udgifter i det samlede sundhedsvæsen til følge.

Ændret medfinansiering

Finansieringen af de nye kommunale sundhedsopgaver kan ske på tre måder, hvor en ændring af den kommunale medfinansiering igen kan tilrettelægges på forskellig vis:

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

1. DUT- kompensation
2. Lokale aftaler med regionen om samfinansiering (§239).
3. Ændring af den kommunale medfinansiering
 - Generel forhøjelse
 - Differentieret medfinansiering på udvalgte diagnoser
 - Generel forhøjelse med yderligere forhøjelse på udvalgte diagnoser

Det er vigtigt at en ændret finansiering understøtter den faglige indsats i det kommunale sundhedsvæsen, hvorfor medfinansieringen bør understøtte et fokus på de områder og diagnoser, hvor kommunens indsats kan påvirke indlæggelses- og genindlæggelsesfrekvenserne.

Det er muligt at pege på en række diagnoser, hvor den kommunale indsats i hjemmeplejen og i opfølgningen efter udskrivelse kan gøre en forskel. Det drejer sig om nedenstående diagnoser som f.eks. tryksår, blodmangel, lungebetændelse og dehydrering og det er på disse områder den differentierede medfinansiering bør tage sit udgangspunkt.

Fælles kapacitetsplanlægning

Københavns Kommunes samarbejdspartnere i regionen varetager løbende planlægnings- og udviklingsopgaver med store effekter på de kommunenære områder. Dvs. de dele af sundhedsvæsnets 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, kan det medføre en underforsyning af nødvendige sundhedsfaglige tilbud i overgangene mellem hospital og kommune.

Arbejdsdeling

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

På genoptræningsområdet er der fastlagt kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret, ambulante 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 afsæt 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 udgangspunktet være, at 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.

INDSATSER – ARBEJDSDELING

EKSEMPLER:

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

7. Sundhedsvæsnets i morgen

Ansvar for udviklingen i sundhedsvæsnets 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 det kommunale sundhedsområde 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 sundhedsvæsnets. 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 sundhedsvæsnets

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.