

Strategi for



Det nye borgernære sundhedsvæsen

2009 -2012



UDKAST 18. JUNI 2009

INDHOLD

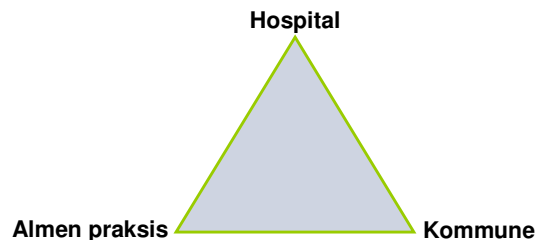
1. Det nye borgernære sundhedsvæsen	3
2. Tilrettelæggelsen af egen opgaveløsning	5
3. Sundhedshuse	8
4. Faglighed i de kommunale sundhedstilbud	12
5. Sammenhæng i overgange mellem hospital og kommune	14
6. Sammenhæng i primær sektor	18
7. Sundhedsvæsesnet i morgen	19

1. Det nye borgernære sundhedsvæsen

Med kommunalreformens gennemførelse i 2007 gennemgik sundhedsvæsnen et paradigmeskift, hvor kommunerne med en række nye sundhedsopgaver kom til at indgå som en del af sundhedsvæsnen. 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. Endelig udgøres kernen i det nye borgernære sundhedsvæsen af opgaverne omkring forebyggelse og tidlig opsporing.

Som en af de tre hovedaktører skal kommunen medvirke til den fortsatte udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Herunder at understøtte den rigtige arbejdsdeling i forhold til opgaver, der løses i henholdsvis det specialiserede sundhedsvæsen og i det borgernære sundhedsvæsen

Figur 1: Kommunen som en del af sundhedsvæsnen



Sundhedsindsatsen i København

Kommunens rolle i sundhedsvæsnen er 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 sundhedsydelser i nærområdet. En forventning, som i Københavns Kommune vil blive indfriet gennem etableringen af sundhedshuse i lokalområderne.

Sundhedshusene skal være med til at møde de store udfordringer i forhold til borgernes sundhed, som Københavns Kommune står overfor. Fremskrivninger viser, at hvis den nuværende sundhedsindsats fortsættes uændret, vil andelen af borgere med risikoadfærd, overvægt og kronisk sygdom stige.

Disse udfordringer fordrer, at de kommunale sundhedsindsatser fremover 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:

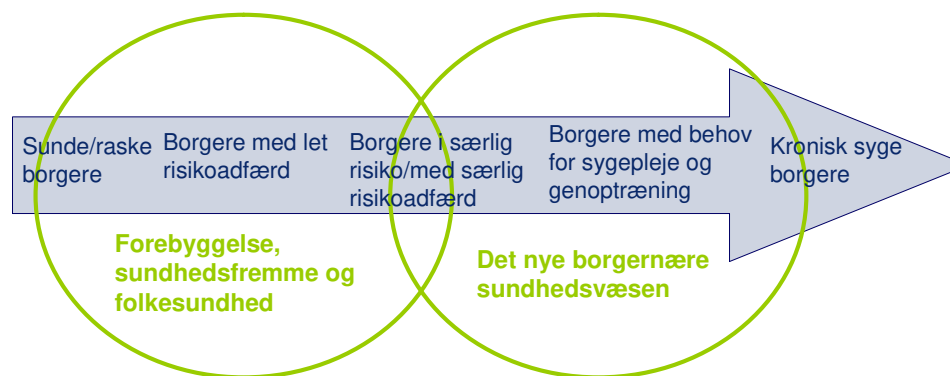
- at borgerne forbliver raske og velfungerende
- at forværringer i en borgers tilstand opdages i tide
- at der følges op efter udskrivelse

Med det nye borgernære sundhedsvæsen er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt blevet udvidet med en række kommunale sundhedsopgave der sammen med forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed udgør det kommunale sundhedsområde, jf. figur 2.

Således skal indsatserne indenfor både forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed og ydelser i det nye borgernære sundhedsvæsen tilsammen bidrage til at løse de sundhedsmæssige udfordringer.

Nærværende strategi dækker udviklingen i dette nye borgernære sundhedsvæsen og er ét 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 2: Det kommunale sundhedsområde



Målgrupper

- *Ældre*
Mens folkesundhedsarbejdet og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne 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.

2. Tilrettelæggelsen af egen opgaveløsning

Der er naturlige berøringsflader mellem folkesundhedsindsatsen samt forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen og det nye borgernære sundhedsvæsen, særligt i snittet mellem patientrettede- og borgerrettede sundhedstilbud.

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.

INDSATSER - SUNDHED OG ÆLDREOMRÅDET

EKSEMPLER:

Udvikling af faglige
standarder

Udnyttelse af
sundhedsfaglig
viden i hele
organisationen

INDSATSER - SAMMENHÆNG I DE KOMMUNALE SUNDHEDSIND- SATSER

EKSEMPLER:

Sundhed og ældreområdet

Der 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

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens organisering skal til stadighed udvikles således, at organiseringen fremmer sammenhængende forløb for borgerne på tværs af ældre- og sundhedsområdet. Det skal bl.a. ske ved, at opgaverne på sundheds- og ældreområdet tænkes i én sammenhæng. Sammenhængende forløb for borgerne skal understøttes ved indførelsen af procedurer og forløbsbeskrivelser for koordination, kommunikation og borgerforløb, der kan udvikles på tværs af sundheds- og ældreområdet og i sammenhæng mellem drift og myndighed.

En koordinering af opgavesættene på ældre- og sundhedsområdet fordrer et 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 og sundhedsfremme
- Sygepleje
- Rehabilitering
- Træning
- Pleje og omsorg

Sammenhæng i de kommunale sundhedsindsatser

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

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 sygedagpengeområdet og beskæftigelsesområdet. I udviklingen af fremtidens kommunale sundhedsvæsen er det vigtigt at arbejde mod et stadig mere sammenhængende sundhedsvæsen med øget synergi og koordination på tværs af forvaltningerne som resultat.

Øget integration af sundhedsplejen i sundhedsarbejdet

Øget samarbejde om borgere under 65 år

Øget samarbejde på sygedagpenge-området

INDSATSER - INTEGRATION AF SUF'S YDELSER

EKSEMPLER:

Fortsat specialisering af træningsområdet

Etablering af bydækkende tilbud - indsats mod kronisk sygdom og sygeplejeklinikker

Fælles borger-journaler med indsigt på tværs

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 koordinerede forløb inden for genoptræning, sygepleje og rehabilitering af kronisk sygdom.

Kerneydelserne i det nye borgernære sundhedsvæsen leveres af sygeplejen, træningscentre og indsatsen mod kronisk sygdom.

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, der både modtager hjemmesygepleje og tilbud om rehabilitering i forbindelse med kronisk sygdom.

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. Målsætningen er således i stigende grad at udvikle opgaveløsningen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen væk fra enkelt stående ydelser hen i mod fagligt koordinerede forløb, der tager udgangspunkt i forebyggelse, sundhedsfremme og borgerens egne ressourcer.

Gennem en strategisk udbygningen af sygeplejeklinikker, træningscentre og indsatsen mod kronisk sygdom skal alle københavnere sikres adgang til koordinerede forløb af ensartet høj kvalitet.

3. Sundhedshuse

Opgaverne i det nye borgernære sundhedsvæsen nødvendiggør, at der i Københavns Kommune arbejdes med en funktionsplanlægning, koordinering og udbygning af de fysiske rammer, der modsvarer udviklingen i opgavesættet.

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. Sundhedshuset er dermed en konkretisering af paradigmeskiftet i sundhedsvæsenet, og en synliggørelse af den kommunale rolle som primus motor i forhold til det borgernære sundhedsvæsen.

I Københavns Kommune vil sundhedshuse være omdrejningspunkt for den fysiske udbygning af det borgernære sundhedsvæsen. Samtidig vil sundhedshusene danne ramme for udviklingen af en øget integration af de borgernære sundhedstilbud samt udviklingen af sammenhængende borgerforløb.

Fremadrettet skal det kommunale sundhedsvæsen, med sundhedshusene som omdrejningspunkt således udvikles til at være en ligeværdig spiller i forhold til Region Hovedstaden. De kommunale sundhedshuse skal fungere som en klar og entydig indgangsport til det kommunale sundhedsvæsen for borgere med behov for sundhedstilbud eller visiterede ydelser.

Således er formålet med oprettelsen af sundhedshuse:

- At være med til at forbedre sundheden for borgere i alle aldre og samfundslag, og være det naturlige sted at henvende sig, når det handler om de sundhedstilbud, der ligger uden for hospitalerne.
- At de skal udgøre grundlaget for udviklingen af infrastrukturen i det primære sundhedsvæsen.

Sundhedshuse skal være med til at skabe værdi ved:

- At øge den generelle sundhedstilstand, levetid og livskvalitet
- At sikre nærhed gennem samling af flere sundhedstilbud på samme sted
- At sikre faglig bæredygtighed
- At sikre sammenhængende borgerforløb
- At målrette og effektivisere tilbuddene
- At skabe synergi og en tydelig arbejdsdeling både i det enkelte sundhedshus, og udadtil i lokalområdet
- At nedbringe behovet for hospitalsindlæggelser

INDSATSER - TILBUD I SUNDHEDSHUSET

EKSEMPLER:

Etablering af
lægehuse i
sundhedshuset

Samling af
kommunale
sundhedsydelse

Integration af
borgernære
hospitalsydelse

Tilbud i sundhedshuset

Sundhedshusene skal være med til at forbedre sundheden for borgere i alle aldre og samfundslag, og være det naturlige sted at henvende sig, når det handler om de sundhedstilbud, der ligger uden for hospitalerne.

Borgernes adgang til sundhedsvæsenet lettes gennem etableringen af sundhedshuse, der rummer både offentlige og private sundhedstilbud. Sundhedshusene er en ny måde at organisere de borgernære sundhedstilbud på, så tilbudene samles et sted, og der skabes en platform til at drive udviklingen af det primære sundhedsvæsen i et lokalområde.

Efter kommunalreformen vil især følgende områder være i fokus i relation til udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen:

- Forebyggelse i alle aldre
- Tidlig opsporing
- Indsats overfor kronisk sygdom
- Træning
- Sygepleje, især med fokus på geriatri

”Beboere” i sundhedshuset

En række sundhedsydelse vil naturligt skulle indgå i sundhedshuset. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil forankre træningsopgaver i henhold til sundhedslov og lov om social service, indsats mod kronisk sygdom, sygeplejeklinikker og forebyggelsesydelse som f.eks. Motion og Kost i dit Sundhedshus.

Foruden Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud er der sundhedstilbud fra en række andre kommunale forvaltninger, der også oplagt kan have deres udgangspunkt i sundhedshuset. Det gælder eksempelvis alkoholbehandling, sundhedspleje, indsatsen overfor borgere på sygedagpenge og kommunale og private idrætstilbud.

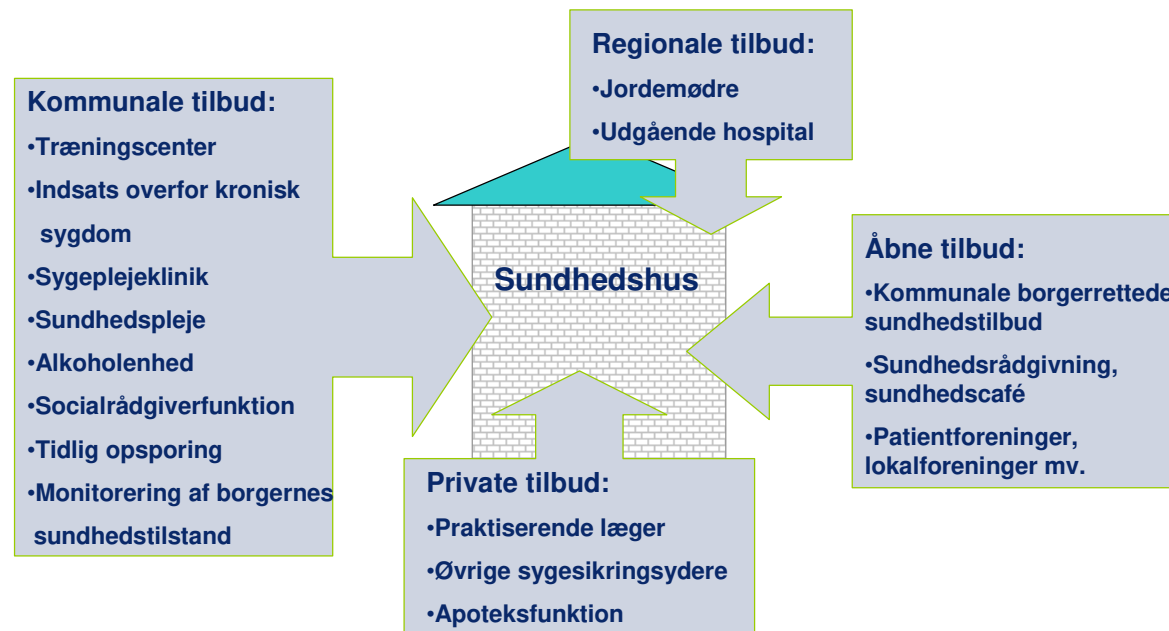
De praktiserende læger fungerer som indgang til det primære sundhedsvæsen, og er en vigtig samarbejdspartner i de kommunale tilbud. De er derfor en vigtig aktør i sundhedshusene. Der kan i det enkelte sundhedshus være flere lægepraksisser men der vil fortsat også være praktiserende læger andre steder i kommunen. Hertil kommer at sundhedshusene kan rumme andre sygesikringsydelse som eksempelvis speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer og psykologer.

I forhold til det specialiserede sundhedsvæsen, kan der placeres udefunktioner fra hospitalerne som f.eks. jordemoderkonsultation og udgående/ hjemmegående hospital.

Sundhedshuset skal rumme tilbud om sundhedsrådgivning såvel i form af rådgivning om sundhed og sygdom som i relation til livsstil og livsstilsbetingede sygdomme. Hertil kommer at sundhedshuset skal danne ramme om forebyggende helbredsundersøgelser som middel til tidlig opsporing og forebyggelse af kronisk sygdom.

Endelig skal sundhedshusene rumme patientforeninger, lokale aktiviteter og åbne cafetilbud, der understøtter den borgerrettede forebyggelse og som sikrer forankringen af sundhedshuset i lokalområdet. De mulige aktører er illustreret i figur 3.

Figur 3: Aktører i sundhedshuset



Sundhedshuset i lokalområdet

Ét sundhedshus i hver bydel skal udgøre grundlaget for udviklingen af infrastrukturen i det primære sundhedsvæsen.

INDSATSER - SUNDHEDSHUSET I LOKALOMRÅDET

Sundhedshusene skal placeres i hver bydel 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. Nærheden vil desuden skabe tryghed i forbindelse med de kommende års reformering af hospitalsvæsenet.

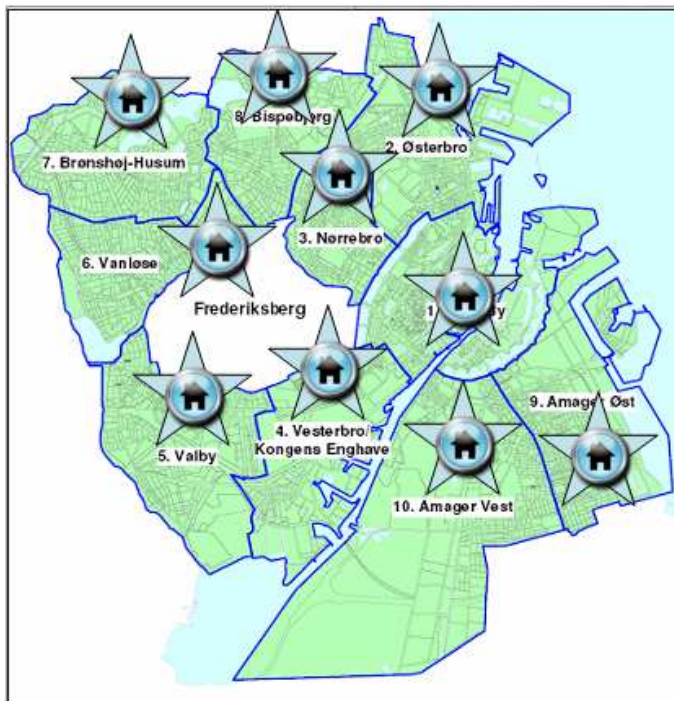
EKSEMPLER:

Der etableres 10 sundhedshuse - et i hvert lokalområde

Sundhedshuset er den primære sundhedsdriver i lokalområderne

Sundhedshuse med lokalt tilpassede profiler skal aktivt medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundheden blandt københavnere

Figur 4: Sundhedshuse i de københavnske bydele



Tilbudene i sundhedshuse skal ses i sammenhæng med de specialiserede ydelser, som borgerne modtager i hospitalsregi; herunder arbejdet med at udvikle en tydelig arbejdsdeling mellem regionale og kommunale tilbud f.eks. i forhold til kronisk sygdom og sygepleje.

Der skal arbejdes med at styrke de sundhedsfremmende og forebyggende elementer i tilbudene, samt sikre en forbedret koordination mellem tilbuddene for dermed at gavne patienternes livskvalitet. Videreudvikling, koordinering og forankring af de borgerrettede sundhedstilbud i regi af sundhedshuse skal udbygges og udvikles. Der skal sikres sammenhæng, koordination og synergi både på tværs af risikofaktorer og mellem de borgerrettede og patientrettede sundhedstilbud.

Tilbuddene i sundhedshusene skal 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 skal således også have adgang til at trække på de forskellige praktiske og videnskabelige fordele som sundhedshuset rummer.

4. 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.

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.

INDSATSER -
KVALITET I
LEVERANCEN

EKSEMPLER:

Kvalitetsstrategi for
Sundheds- og
Omsorgsforvalt-
ningen

Udvikling og
implementering af
tværsektorielle
forløbsprogrammer

Kompetence-
udvikling

Fælles faglige
standarder og
retningslinier

Faglig controlling

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:

Øget kommunal
involvering i Region
Hovedstadens
sundhedsfaglige råd

Udgående geriatrisk
ambulatorium på
træningscentre

Tværsektorielle
videndelingmøder på
alle sundhedscentre

Kronisk sygdom

I forhold til kronisk sygdom, har der siden 2004 været arbejdet med en systematisk videnovertførsel og et tæt fagligt samarbejde med hospitalerne. Udgangspunktet for arbejdet i den kommunale indsats mod kronisk sygdom er samarbejdet med hospitalerne om udviklingen af fælles evidensbaserede standarder for rehabiliteringen af mennesker med kronisk sygdom.

Samarbejdet har bl.a. fundet sted gennem videndelingsmøder, der afholdes ca. fem gange årligt for hver sygdomsgruppe. Formålet med videndelingsmøderne 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 tværsektorielle 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

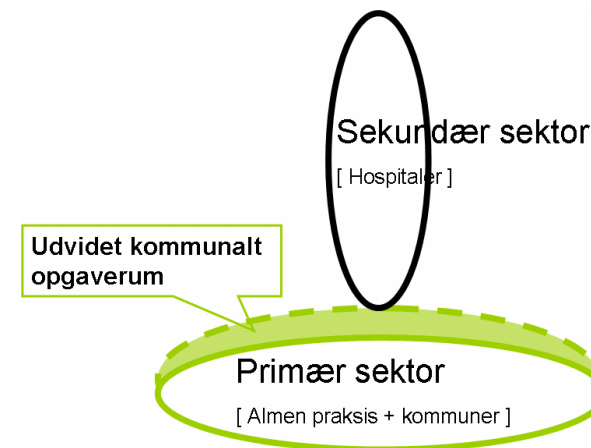
Ændret opgavedeling mellem hospital og kommune, større fokus på koordinationen mellem hospital og kommune, stigningen i antallet af borgere med kroniske lidelser og stigningen i antallet af borger med komplekse plejehjemsbehov har betydet en stigning i behovet for kommunal sygepleje. Ændringen af sygeplejeopgaverne øger behovet for kvalitets- og styringsmodeller, der understøtter en ensartet faglig kvalitet til borgere med samme behov.

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. Disse udfordringer gør det særligt vigtigt, at den fremtidige organisering af sygeplejen understøtter en ensartet adgang til sygepleje for alle borgere på tværs af boligtyper og lokalområder og at alle sygeplejerskeopgaver løses af medarbejdere med de rette kompetencer.

5. Sammenhæng 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 sammenhæng er søgt illustreret i figur 5.

Figur 5: det udvidede kommunale opgaverum

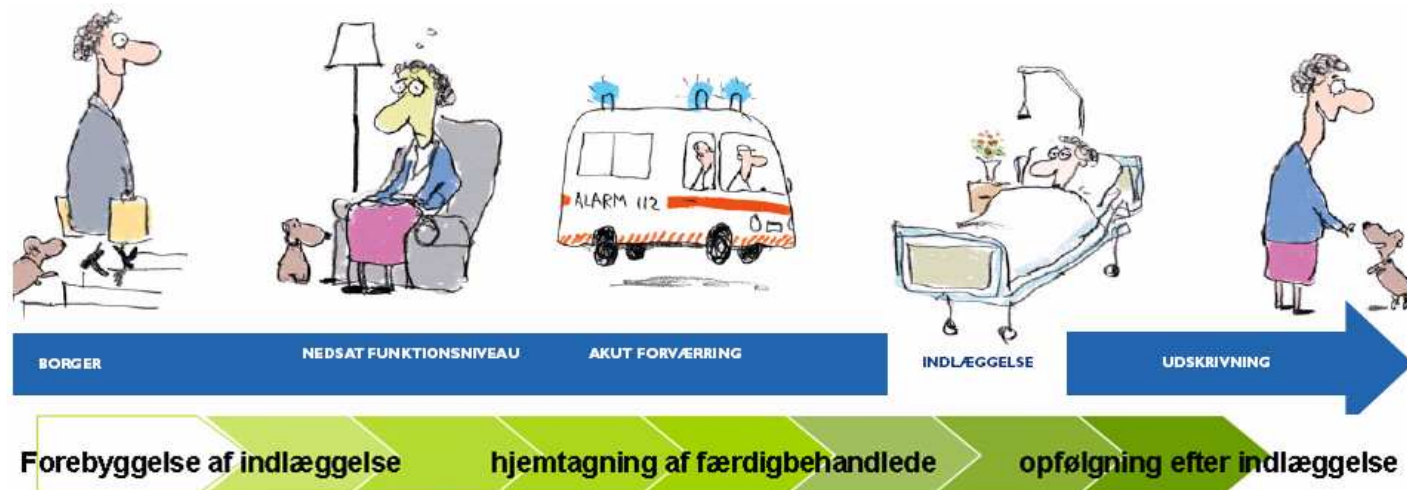


Sikring af overgange mellem hospital og kommune

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 6: Kommunale indsatser i patientforløbet



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.

INDSATSER – SIKRING AF OVERGANGE MELLEM HOSPITAL OG KOMMUNE

EKSEMPLER:

Udvikling af metoder til
tidlig opsporing

Dimensionering og
etablering af midler-
tidige kommunale
døgnpladser

Etablering af
opfølgende
hjemmebesøg efter
udskrivning

Tidlig opsporing

En meget stor del af de borgere, der indlægges, er allerede i berøring med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud. Der vil derfor være store fordele forbundet med på systematisk vis, at opspore de borgere, der er på vej mod en indlæggelse.

Opsporingen skal for det første ske i forhold til den meget tidlige opsporing, hvor der fokuseres på ændringer i borgerens sundhedsadfærd og en tilpasning af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

Den anden del af den tidlige opsporing fokuserer på en ændret organisering og dimensionering af de midlertidige kommunale døgnpladser som alternativ til korte forebyggelige indlæggelser. I et tæt samarbejde med almen praksis kan akutpladserne fungere som alternativ til en indlæggelse. Målet er at udvikle et tilstrækkeligt antal pladstyper til at dække de forskellige behov, der eksisterer, samtidig med, at der sikres en tilstrækkelig volumen og gennemstrømning af borgere til at sikre rentabiliteten af pladserne.

Hertil kommer den generelle forebyggende indsats og tidlig opsporing i form af forebyggende helbredsundersøgelser.

Opfølgning

Ud over et øget fokus på tidlig opsporing betyder den stadige effektivisering og de kortere indlæggelsestider på hospitalerne, at de midlertidige kommunale døgnpladser spiller en stadig større rolle i forhold til hjemtagningen af færdigbehandlede patienter. Hjemtagningen af medicinsk færdigbehandlede borgere til midlertidige døgnpladser gør det muligt for kommunen at sikre borgerne den fortsatte nødvendige sygeplejefaglige pleje og omsorg.

De midlertidige kommunale døgnpladser muliggør samtidig, at der kan ske en korrekt vurdering i forhold til borgerens videre forløb. En vurdering, der ved komplekse forløb vanskeligt lader sig gøre i forbindelse med en kort indlæggelse på en Akut Medicinsk Afdeling. Målsætningen er, at adgangen til de midlertidige kommunale døgnpladser skal være enkel og gennemsigtig, således at alle borgere i København sikres det samme høje kvalitetsniveau uanset hvor de bor, eller hvilket hospital de udskrives fra.

Et andet aspekt af opfølgningen efter en udskrivelse er de opfølgende hjemmebesøg. Modellen består i, at hjemmesygeplejen og den praktiserende læge sammen aflægger borgeren et besøg kort tid efter hjemkomsten fra hospitalet. Modellen har tidligere vist sig at reducere antallet af genindlæggelser betragteligt og afprøves i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med henblik på at optimerer den kommunale indsats efter udskrivning.

Arbejdsdeling og fælles kapacitetsplanlægning

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

INDSATSER – ARBEJDSDELING OG FÆLLES KAPACITETSPLAN LÆGNING

Med kommunalreformen blev 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.

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.

EKSEMPLER:

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

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

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, kan det medføre en underforsyning af nødvendige sundhedsfaglige tilbud i overgangene mellem hospital og kommune.

6. Sammenhæng i primær sektor

INDSATSER - SAMME SEKTOR – SAMME PATIENTER

EKSEMPLER:

Forpligtende
involvering af almen
praksis i
sundhedsaftalerne

Etablering af
praksiskonulent-
ordning

Ændrede
samarbejdsformer
ml.
hjemmesygepleje og
almen praksis

Elektronisk
korrespondance-
meddelelse ml.
hjemmepleje og
praktiserende læge

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

Samme sektor – samme borger

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

7. Sundhedsvæsenet i morgen

Ansvar for udviklingen i sundhedsvæsenet er nu og vil fremover være 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 nye borgernære sundhedsvæsen 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 indgå mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

Hertil kommer vigtigheden af, at sundhedsaftalerne udvikler sig til at have en stadigt 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.

Sundhedsaftalerne skal samtidig udvikles til at sikre de relevante understøttende strukturer f.eks. vedrørende fælles data, elektronisk kommunikation og it.

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 nye borgernære sundhedsvæsen følge den samme fire-årige kadence som sundhedsaftalerne.