



DEBATOPPLÆG:

FREMTIDENS NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Kommunerne i den midtjyske region

Januar 2015



Indhold

1. Forord	3
2. Mere sundhed i det nære	4
3. Scenarie 1: Population	6
4. Scenarie 2: Integration	10
5. Scenarie 3: Innovation	14
6. Perspektiver og muligheder i scenarierne	16
Bilag: Proces for udarbejdelse af debatoplægget	18



1. Forord

Sundhedsdirektørerne i de midtjyske kommuner er ikke i tvivl; de kommunale sundhedsindsatser vil blive markant anderledes tilrettelagt i de kommende år.

Forandringerne i sundhedsvæsenet i det seneste årti kan nærmest betegnes som et paradigmeskifte. Rollefordelingen i opgavevaretagelsen er forandret, og kommunerne og de praktiserende læger vil få en langt mere central rolle i driften af det samlede sundhedsvæsen. Med en kommende hospitalsstruktur, hvor der for mange borgere bliver langt mellem hjemmet og sygehuset, giver dette god fornuft, og der er store potentialer i at videreudvikle det nære sundhedsvæsen. Det kan blandt andet bidrage til, at sundhed i højere grad skabes i et samarbejde med borgerne, at indsatser integreres på tværs, og at vi får mere sundhed for pengene. Derfor – og set i lyset af de tendenser, der ses i en række andre lande - vil kommunerne med fordel kunne spille en endnu mere markant rolle i forhold til at løfte den samlede sundhedsopgave.

Dette forudsætter, at kommunerne sammen sætter en fælles retning for, hvordan vi ønsker, at sundhedsvæsenet skal indrettes i løbet af de næste 4-5 år. Derfor har kommunerne i den midtjyske region taget initiativ til at udarbejde dette debatoplæg om fremtidens nære sundhedsvæsen. Omdrejningspunktet er tre scenarier for udvikling af det nære sundhedsvæsen, som sættes til debat. Hvor omfattende en rolle vil vi som kommuner fx have, og hvilke opgaver vil med fordel for borgeren kunne løse i det nære sundhedsvæsen?

Vi står over for at skulle føre en ny sundhedsaftale ud i livet. Sundhedsaftalen er en fælles ramme for udviklingen af sundhedsområdet i den midtjyske region, og scenarierne i dette oplæg kan med fordel inddrages som et fælles mindset og referenceramme i det videre arbejde med at konkretisere og udfolde aftalen i praksis.

Der er god samfundsøkonomisk fornuft i at løse opgaverne dér, hvor man kan gøre det til den mindste omkostning, og samtidig løse opgaverne tæt på borgeren. På den måde får vi skabt mest sundhed for de penge, der samlet anvendes til sundhedsvæsenet i den midtjyske region. Men de kommende års forandringer vil udfordre kommunernes økonomi. Derfor er det vigtigt, at regeringen og Folketinget gøres mere bevidste om denne udfordring – som dette debatoplæg også bidrager til at belyse.

I debatten om videreudvikling af det nære sundhedsvæsen, bliver der ofte peget på, at den nuværende finansierings-

struktur med aktivitetsbaseret styring og kommunal medfinansiering på sundhedsområdet er en barriere. Heldigvis kan vi konstatere, at der både nationalt og internationalt er en tendens til, at man begynder at orientere sig mod incitamentsmodeller, der har fokus på kvalitet og effekterne af sundhedsindsatserne, snarere end blot på mængderne af aktivitet. Disse udviklingstendenser er i sig selv en anledning til at stille skarpt på muligheder og potentialer i at videreudvikle det nære sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen berører ikke kun kommunernes sundhedsindsatser i snæver forstand, men handler også om indsatser på fx arbejdsmarked - og socialområdet. Det er et tema, som slås an i debatoplægget, og vi vil gerne opfordre til, at denne del konkretiseres og udbygges yderligere i dialog mellem de involverede fagområder.

Vi ønsker, at oplægget danner grundlag for den videre dialog i den midtjyske region om de kommende års udvikling af sundhedsvæsenet og herunder samarbejdet på tværs af sundhed, social og arbejdsmarked. Det gælder både internt mellem kommunerne og i forhold til vores mange samarbejdspartnerer i blandt andet region og almen praksis.

De scenarier, der foldes ud i debatoplægget, er blevet til på baggrund af input fra direktører og chefer på sundhedsområdet i den midtjyske region. Konkret er der i august – september 2014 gennemført en spørgeskemaundersøgelse og en workshop om fremtidens nære sundhedsvæsen blandt kommunerne. Materialet er efterfølgende blevet bearbejdet i en tværkommunal arbejdsgruppe bestående af:

- Anders Kjærulff, direktør, Holstebro Kommune
- Hosea Dutschke, direktør, Aarhus Kommune
- Hanne Linnemann, chefkonsulent, Aarhus Kommune
- Jonna Holm Pedersen, KKR-konsulent
- Kate Bøgh, direktør, Favrskov Kommune
- Lars Kirkegaard, direktør, Skanderborg Kommune
- Lis Kaastrup, sundheds- og omsorgschef, Viborg Kommune
- Sine Møller Sørensen, KOSU-sekretariatet

Der har været processtøtte fra Implement Consulting Group

Venlig hilsen

Lasse Jacobsen, formand for KOSU
Anders Kjærulff, næstformand for KOSU



2. Mere sundhed i det nære

I de seneste år er det sket er markant udvikling af det nære sundhedsvæsen. Langt flere borgere modtager i dag genoptræning. Sundhedsplejen aflægger tidligere barselsbesøg. Der er flere tilbud målrettet borgere med kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjertekarsygdom. Der arbejdes i højere grad med tidlig opsporing af sygdom, og der er etableret sygeplejefaglige akutfunktioner i kommunerne.

Det er nogle af resultaterne af kommunernes nye eller øgede indsats som følge af den omlægning af sundhedsvæsenet, der blev sat i gang med strukturreformen i 2007. Det er også et resultat af den omlægning af hospitalsstrukturen, som er i gang. Omkring 2020 vil Danmark være præget af, at der bliver ca. 20 højt specialiserede super-sygehuse/akutsygehuse. Der vil blive færre sengepladser end i det nuværende hospitalsvæsen, og udviklingen med mere dagbehandling og ambulant behandling vil fortsætte. Denne forandring har været i gang i de seneste år, og den vil bl.a. medføre, at der vil være nogle typer af opgaver, der før blev løst på et hospital, som fremadrettet må varetages i det nære sundhedsvæsen. Derfor er der fortsat behov for at udvikle det nære sundhedsvæsen.

Sundhed skabes i det nære

Sundhedsområdet er kendetegnet ved en række udfordringer, som berører os alle. Fx er den gennemsnitlige levetid i Danmark lavere end i de øvrige nordiske lande. Ulighed i sundhed er stor. Sygdomsmønstre udvikler sig i nye retninger betyder blandt andet, at flere for behov for opfølgende og vedligeholdende indsatser. Fx overlever flere en kræftsygdom, men skal samtidig leve med eventuelle eftervirkninger af sygdommen. Og både forventninger og efterspørgslen på sundhedsydelse er stigende.

Udfordringerne er ikke nye, men understreger nødvendigheden af, at vi sætter fokus på, hvordan vi fremmer en hensigtsmæssig udvikling på sundhedsområdet – faglig, organisatorisk og økonomisk. Og her er der et potentiale i at videreudvikle det nære sundhedsvæsen.

Der ligger en stor udfordring i at håndtere finansieringen af det nære sundhedsvæsen. Dette er et helt centralt opmærksomhedspunkt - politisk og administrativt - nu og i de næste mange år. Det gælder både i dialogen mellem region og kommuner og i forhold til de omprioriteringer, som det kræver at finansiere det nære sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt at arbejde med nye, fælles løsninger.

Det bliver også afgørende at sikre, at den enkelte borger deltager aktivt i at håndtere egen sundhed, der hvor det giver mening.

De borgere, der kan selv, skal have mulighed for det. Og samtidig skal der være særlig fokus på borgere, der kan have behov for ekstra støtte.

Det er i det daglige - i hjemmet og de nære fællesskaber - at livet leves og sundhed fremmes. Sundhedsløsninger tæt på borgeren kan i høj grad fremme, at sundhed i højere grad skabes i et samarbejde med borgeren. For når behandling fx foregår i borgerens eget hjem, vil borgeren også i højere grad kunne blive en aktiv medspiller, der sætter retning og bidrager til indsatsen. Samtidig er det nære sundhedsvæsen forbundet med nye muligheder for at etablere mere omkostningseffektive tilbud og for at integrere indsatser på tværs af social -, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.

Fra strukturreform til fælles sundhedsaftale

Videreudvikling af det nære sundhedsvæsen skal ses i lyset af, at kommunerne allerede varetager en lang række opgaver på sundhedsområdet. I 2007 blev kommunernes ansvarsområde udvidet, og i de seneste år er der derfor blevet arbejdet målrettet med at udvikle og forankre sundheds- og plejetilbud tæt på borgerne. Omdrejningspunktet har især været tilbud i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, genoptræning og rehabilitering samt sygepleje tæt på borgeren.

Samtidig er samarbejdet med hospitaler og almen praksis udbygget. Rammen er sundhedsaftalerne mellem kommuner og region, og vi står nu overfor at skulle omsætte en ny sundhedsaftale til konkrete handlinger. Som noget nyt er der tale om én fælles sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og alle de midtjyske kommuner. Med sundhedsaftalen lægges der op til en højere grad af fælles retning på sundhedsområdet og større ensartethed i kvaliteten af de sundhedstilbud, som borgeren kan forvente at få. Det er en udvikling, som også kommer til udtryk i de fælles kommunale KKR-målsætninger på sundhedsområdet.

Målsætningerne udgør en fælles ramme for kommunerne og indebærer, at de midtjyske kommuner

- medvirker til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser
- har tilbud til borgere med kronisk sygdom (KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom) samt arbejder med fælles kvalitetsmål for indsatsen
- tager afsæt i en fælles kvalitetsmodel for det tværfaglige samarbejde om komplekse genoptræningsforløb
- arbejder for bedre sammenhænge indenfor voksenpsykiatrien for at skabe mere helhed i den behandlingsmæssige og sociale indsats i borgerens eget hjem, forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og styrke de lokale behandlingsindsatser



Den generelle udvikling på sundhedsområdet betyder også, at kommunerne sammen med de praktiserende læger i dag varetager en række nye opgaver og funktioner. Mange typer af behandling kan varetages ambulant eller hjemme hos borgeren, og indlæggelsestiderne på hospitalerne er reduceret markant. Set over et livsforløb bliver den enkelte borgers kontakt til de specialiserede hospitaler efterhånden kortvarig – ja næsten en undtagelse. Omdrejningspunktet for borgernes kontakt til sundhedsvæsenet bliver i højere grad det nære sundhedsvæsen. Det bliver derfor meget vigtigt, at det specialiserede sundhedsvæsen udbygger støtten til de indsatsområder og konkrete tiltag, der udbygges og sættes i værk i det nære sundhedsvæsen. Dvs. at alle parter på sundhedsområdet i langt højere grad end hidtil skal hjælpe hinanden med at sikre en samlet og integreret opgaveløsning.

Samlet set betyder det, at kommunerne spiller en stadig mere central rolle på sundhedsområdet. Det åbner for nye muligheder for at sætte en fælles kommunal dagsorden for udviklingen af sundhedsvæsenet. Men det forudsætter samtidig, at vi i de 19 kommuner skaber fælles billeder af, hvordan vi vil indgå i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det kommunale fællesskab skal fortsat styrkes, med henblik på at vi kan "tale med én stemme". Dette vil kunne opleves som en begrænsning i den kommunale selvbestemmelse, og derfor er det også vigtigt at have en grundig og fælles dialog om retningen og omfanget af kommunale løsninger. Der bliver behov for, at der kan træffes fælles beslutninger på udvalgte områder. Det er en proces, som vi i kommunerne står midt i, og som kalder på, at vi stiller skarpt på behov, muligheder og konkrete handlinger i forhold til at videreudvikle det nære sundhedsvæsen.

Udfordringsbilledet

Men hvordan skal fremtidens nære sundhedsvæsen se ud? Og hvilke udfordringer skal der især findes løsninger på? Med afsæt i disse spørgsmål er der blandt de midtjyske kommuner udarbejdet tre scenarier for udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Som en del af processen har direktører og chefer på sundhedsområdet fra de 19 midtjyske kommuner haft mulighed for at indgå i en prioritering af de vigtigste udfordringer i forhold til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Prioriteringen blev foretaget af deltagerne på en fælles kommunal workshop 19. september 2014 ud fra en bruttoliste over mulige udfordringer. Bruttolisten omfattede udfordringer, som er blevet identificeret i forbindelse med en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt direktører på sundhedsområdet i de 19 midtjyske kommuner. Desuden består bruttolisten af input fra arbejdet med sundhedsaftalerne

i flere regioner og af input fra sundhedsvæsenet i Norge, Sverige og Skotland.

Blandt de væsentligste udfordringer peges der på manglende incitamentter til forebyggelse og tidlige indsatser, behov for mere samarbejde mellem kommuner og praktiserende læger samt sammenhæng i sundhedsindsatserne og pres på de kommunale udgifter som følge af opgaveoverdragelse.

De vigtigste udfordringer for det nære sundhedsvæsen

- Sundhedsvæsenet er indrettet primært med fokus på behandlingsaktivitet og med for få incitamentter til forebyggelse og tidlige indsatser.
- Der er behov for mere samarbejde – og incitamentter for samarbejde – mellem kommunerne og de praktiserende læger.
- Fragmenteringen i sundhedsvæsenets indsatser på tværs af sundhedsaktører og fagområder betyder, at borgernes behov for hjælp ikke altid mødes godt nok.
- Flytning af opgaver fra region til kommuner sker hurtigere end den økonomiske omfordeling, hvilket lægger pres på kommunernes samlede økonomiske situation.
- De nuværende finansieringsordninger sikrer ikke i tilstrækkelig grad en optimal fordeling og udnyttelse af ressourcer og kapacitet på sundhedsområdet.

Med afsæt i disse udfordringer er der udarbejdet tre scenarier, der angiver mulige veje, som vi som kommuner kan lade os inspirere af, når vi sammen skal afklare, hvordan vi ønsker, at det nære sundhedsvæsen skal udvikles. Scenarierne beskriver indsatsområder og eksempler på konkrete initiativer, som de forskellige udviklingsveje forudsætter og giver anledning til.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at scenarierne består af eksempler på indsatsområder og konkrete tiltag. I praksis kan det enkelte scenarie udvides med flere tiltag, og elementerne fra de forskellige scenarier kan kobles i et væld af forskellige udviklingsveje. Formålet med scenarierne er således ikke at give en udtømmende beskrivelse af mulige indsatser, men at sætte tre mulige scenarier for, hvordan det nære sundhedsvæsen kan udvikles og dermed at give inspiration til debatten mellem de 19 kommuner om udviklingsretninger for det nære sundhedsvæsen.



3. Scenarie 1: Population

Hvordan ser det nære sundhedsvæsen ud, hvis der sættes fuldt fokus på forbedring af befolkningens generelle sundhedstilstand gennem sundhedsfremme, tidlig opsporing, forebyggelse og rehabilitering?

Dette scenarie beskriver det nære sundhedsvæsen, hvis vi i højere grad prioriterer og investerer i faktorer og virkemidler, der forbedrer sundhed, snarere end i faktorer og virkemidler, der behandler sygdom. Dvs. indsatser, der forebygger og reducerer omfanget af sygdom – frem for indsatser, der håndterer sygdom, når den først er opstået.

Det overordnede mål for indsatserne i scenariet er, at flere skal leve længere og bedre.

Scenariet afspejler derfor bl.a. behovet for

- at arbejde med forbedringer af befolkningens (populationens) generelle sundhedstilstand.
- at forbedre indsatserne i forhold til rehabilitering, så borgere hurtig kan få et normalt socialt liv og arbejdsliv igen efter en sygdom.
- en mere systematisk tilgang til ulighed i sundhed. Det vil sige prioriterede indsatser overfor borgere med kombinerede sociale og sundheds- samt jobmæssige problemer.

Centrale indsatser i scenariet er målrettede tiltag i forhold til at nedbringe antallet af rygere og forbruget af alkohol, da rygning og alkohol fortsat er de største risikofaktorer i forbindelse med udvikling af en række sygdomme. Samtidig skal der arbejdes på at fremme den mentale sundhed

blandt borgere. Et særligt fokusområde er her trivsel blandt børn og unge.

Scenariet rummer også en opprioritering af det aktive medborgerskab. Det betyder, at borgerens egne ressourcer samt lokale kræfter som fx foreninger og frivillige i endnu højere grad skal aktiveres med henblik på at fremme sundhed og trivsel for borgerne i den enkelte kommune.

Derudover sætter scenariet fokus på tiltag i forhold til borgere med flere samtidige problemer, og som derfor har mange kontakter til sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet. I den forbindelse er det helt afgørende, at der investeres i et øget tværgående samarbejde i de kommunale indsatser. Hvad ville der fx ske, hvis det at fastholde eller opnå tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet blev et fælles mål for alle de indsatser, som en borger modtager? Kommunerne har en unik mulighed for at fremme indsatser, hvor afsættet er borgerens samlede situation, ønsker og behov – snarere end de særskilte ønsker og behov på sundhedsområdet, det sociale område og arbejdsmarkedsområdet. Men det skal understøttes organisatorisk og i den daglige drift for at lykkes.

Baseret på bl.a. udenlandske erfaringer kan øget anvendelse af teams med involvering af medarbejdere fra flere fagområder og forvaltninger være et effektivt virkemiddel. Ligeledes kan etablering af fælles visitation på tværs af fx sundheds- social – og arbejdsmarkedsområdet være et muligt virkemiddel.

Samlet kan scenariet beskrives på denne måde:

Scenarie 1: Population

Indsatsområder:

A. Øget indsats i forhold til de største risikofaktorer – alkohol og rygning

Eksempler på konkrete tiltag:

1. Lokale partnerskaber med praktiserende læger, foreninger og andre om fælles sundhedsmål og – indsatser. Fx partnerskab om at få en røgfri årgang. Der igangsættes forskning i effekterne af partnerskaberne.
2. Indsatser baseret på den bedste viden på området (jf. Forebyggelsespakken om alkohol), herunder fx krav om alkoholpolitik ved udlejning af kommunens lokaler, samarbejde lokalt om ansvarlig udskænkning og trygt natteliv samt systematisk, tidlig opsporing af alkoholproblemer via kommunens frontpersonale.
3. Med afsæt i den bedste viden på området (jf. Forebyggelsespakken om tobak) arbejdes systematisk med rygestoptilbud, røgfrie miljøer og forebyggelse af rygestart blandt unge.



- | | |
|--|--|
| B. Bedre rammer for fysisk aktivitet som integreret del af hverdagen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sikre cykel- og gangstier til skoler samt større uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser. 2. Fokus på udearealer, der inspirerer til fysisk aktivitet. 3. Gode rammer for fysisk aktivitet i dagtilbud, skoler og på plejecentre – både inde og ude. |
| C. Forbedret trivsel og mental sundhed | <ol style="list-style-type: none"> 1. I dagtilbud arbejdes målrettet med at fremme børns trivsel. Det kan fx dreje sig om at skabe fællesskaber, hvor alle børn har et tilhørsforhold, adgang til fortrolige voksne, udviklingsmuligheder, og hvor der ikke foregår mobning. Det kan også involvere særlig støtte til familier med sociale og mentale problemer. 2. Fællesskaber på tværs af generationer. Et eksempel er Kærehave projektet ved Ringsted, hvor børn laver teater for ældre. Endvidere er der anlagt haver, hvor børn og unge dyrker grøntsager, der anvendes som råvarer til bespisningsordninger for ældre. Og rehabilitering foregår i naturen ved hjælp af udendørs "rehabiliteringsbaner". 3. Natur og idræt som aktivt virkemiddel i forhold til borgere med psykiske lidelser. Fx med inspiration fra de norske Frisklivscentraler, der med udgangspunkt i aktiviteter i naturen arbejder med fx træning og mental sundhed. Praktiserende læger kan henvise borgere til frisklivscentralerne. |
| D. Øget omfang af aktive medborgere | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fokus på, at alle har ressourcer, som skal bringes i spil. Indsatser udvikles og gennemføres i et samarbejde med borgeren. 2. Øget brug af borgere, der underviser borgere. Fx pårørende til borgere med sygdom, der underviser i, hvordan man kan leve med sygdom tæt på i det daglige. 3. Idrætsforeninger involveres i sundhedsindsatser og sociale indsatser. Fx gives idrætsforeninger særligt gunstige vilkår i forbindelse med leje af kommunale idrætsfaciliteter - og medvirker til gengæld i forbindelse med fx rehabilitering af ældre medicinske patienter m.v. 4. Der gennemføres et "servicetjek" på frivilligområdet, så ressourcerne bruges bedst muligt. Frivillige indsatser systematiseres (efter bl.a. skotsk forbillede). Det indebærer blandt andet, at der sættes fokus på rekruttering og kompetenceudvikling af frivillige. 5. Det gøres til en obligatorisk del af professionsuddannelserne, at arbejde som frivillig i en periode. |
| E. Øget tværgående samarbejde i de kommunale indsatser | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fælles visitation på tværs af forvaltningsområder, hvor tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse udgør det primære og fælles mål for indsatserne. |



- E. Øget tværgående samarbejde i de kommunale indsatser
2. Koordinerende sagsbehandler som fx i Skanderborg Kommune. Den koordinerende sagsbehandler skal sikre, at de rette uddannelses-, beskæftigelses-, sundheds-, og socialfaglige indsatser igangsættes i et koordineret forløb på tværs af de forskellige lovgivninger, som borgeren over et livsforløb, kan være omfattet af. Omdrejningspunktet er at aktivere borgerens egne ressourcer. Den koordinerende sagsbehandler kan træffe beslutning om det fælles overordnede mål for borgerens forløb og kan indkalde til tværfaglige møder, hvor de kommunale samarbejdspartnere er forpligtet til at deltage.
 3. Etablering af ledelsesstrukturer, der fremmer tværfagligt samarbejde. Fx at direktører over tid roterer på tværs af forvaltningsområder eller udover et specifikt forvaltningsansvar også har ansvar for tværgående opgaver på vegne af alle forvaltninger.
 4. Systematisk brug af rotationsstillinger og delestillinger på tværs af forvaltningsområder fx sagsbehandlere i hhv. arbejdsmarkeds- og socialforvaltning m.v. Erfaringer fra Norge viser, at sådanne ordninger øger videndeling og koordinering på tværs.
 5. Udvikling af modeller for opfølgning, der fremmer samarbejde på tværs. Fx øget brug af indikatorer, der siger noget om en forvaltnings evne til at samarbejde på tværs og styre indsatser med bidrag fra flere områder.
- F. Udvidet prioritering af borgergrupper med flere samtidige problemer (Borgere med mange kontakter til sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet)
1. Kommunal care manager-ordning etableres for udvalgte borgergrupper (fx de borgere, hvor kommunen har de største sundheds- og velfærdsudgifter). Care manager-ordningen etableres som en intern kommunal ordning med henblik på øget livskvalitet for gruppe af borgere, der ofte har relativt få ressourcer, samt reduktion i sundheds- og velfærdsudgifter.
 2. Erfaringer med case manager-ordninger i udlandet viser, at det er en udfordring at finde de rette borgere til ordningen, inden problemstillingerne bliver meget omfattende. Der er derfor også behov for at en øget systematisk indsats i forhold til tidlig opsporing. I Oslo Kommune er der fx udviklet en tjekliste for kommunens frontmedarbejdere, der anvendes med henblik på at sikre systematisk dokumentation af udviklingen i en borgers oplevede livskvalitet og funktionsniveau.



Populationsscenariet afspejler en udvikling i retning af et mere forebyggende sundhedsvæsen. Scenariet forudsætter prioritering af en aktiverende og rehabiliterende tilgang, hvor omdrejningspunktet er samarbejdet med borgeren og borgerens egne ressourcer. Scenariet antyder betydningen af at inddrage frivillige indsatser, herunder fra idræts- og fritidsorganisationer, for at fremme den generelle sundhedstilstand og forbedre den oplevede livskvalitet. Dette gælder også i forhold til socialt sårbare borgere.

Scenariet peger også på, at der er behov for, at alle parter på sundhedsområdet bidrager til at fremme den generelle sundhed i et givent lokalområde, og indebærer således også krav til den regionale del af sundhedsvæsenet.

Det er nødvendigt, at hospitaler og praktiserende læger fokuserer mere på forebyggende og sundhedsfremmende virkemidler og indsatser. Det handler ikke mindst om, at borgeren skal mødes på den samme måde på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Alle kontakter til sundhedsvæsenet skal bidrage til, at man som borger bliver klædt på til at bidrage til egen sundhed og mestre hverdagen under og efter en sygdom. Tidlig opsporing og vejledning om fx sund livsstil er derfor et fælles anlæggen- de for alle parter på sundhedsområdet.



Udforsk scenariet

- Hvordan vil det være at være borger i populations-scenariet?
- Hvilke indsatsområder og tiltag har det største potentiale, når det gælder om at fremme sundhed?
- Er der elementer i scenariet, som kommunerne med fordel kan udfolde yderligere i fællesskab?
- Hvad kan fremme udviklingen af de centrale indsatser i scenariet?
- Hvilke forhindringer kan der være for at lykkes med indsatserne i scenariet?

4.Scenarie 2: Integration

Hvordan ser det nære sundhedsvæsen se ud, hvis der primært fokuseres på at integrere indsatserne i det samlede sundhedsvæsen med udgangspunkt i borgerens forløb?

Omdrejningspunktet for dette scenarie er at sikre sammenhængende indsatser med udgangspunkt i borgerens forløb. Målet er således både et bedre udbytte for borgeren og en mere effektiv og koordineret anvendelse af kapacitet og ressourcer på sundhedsområdet.

Scenariet afspejler behovet for en øget integration af sundhedsindsatserne i form af:

- øget koordinering og styrkede samarbejdsrelationer mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler
- styrket koordinering og samarbejde internt i kommunen
- udvidet samarbejde og koordinering mellem kommunerne

Scenariets indsatsområder og konkrete tiltag forsøger således at imødegå de udfordringer, der kan være med usammenhængende borgerforløb på tværs af sektorerne på sundhedsområdet. Scenariet er derudover rettet mod en mere hensigtsmæssig opgave- og arbejdsdeling, der kan optimere indsatsen og kapaciteten i kommuner og almen praksis. Grundtanken er, at opgaverne skal løses der, hvor der kan sikres både kvalitet i indsatsen og omkostningseffektive løsninger.

Karakteristisk for indsatserne i scenariet er, at fokus er på den fælles opgaveløsning på tværs af kommuner og region. Det er derfor centralt i dette scenarie, at der arbejdes systematisk med etablering af relationer og videndeling samt

fælles opgaveløsninger på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor – både på ledelses- og medarbejderniveau.

Et oplagt indsatsområde er akutområdet, hvor der fx kan arbejdes med at udvikle fælles visitation og tværsektorielle modtageenheder med henblik på at reducere behovet for indlæggelser og genindlæggelser.

Ligesom i populationsscenariet indebærer dette scenarie også indsatser i forhold til borgere med særlige behov og mange kontakter på tværs af kommune, hospital og praksissektor. Det kan fx være i form af en care manager ordning, hvor borgeren tilbydes særligt tilrettelagte forløb. I dette scenarie går på tværs af regionale og kommunale sundhedsindsatser.

Endvidere afspejler scenariet et behov for at nytænke indsatsen i forhold til borgere med kronisk sygdom. Over de senere år er der sket en dobbelt oprustning i form af øgede sygeplejersressourcer i både praksislægeregi og i kommunalt regi, hvor begge parter på forskellig vis varetager monitorering og opfølgning i forhold til borgere med kronisk sygdom. Samtidig peger flere praktiserende læger på, at de mange kontroller af kroniske patienter ofte er spild af praksislægetid¹. En mulighed er derfor, at kommunerne helt overtager ansvaret for monitorering og opfølgning. De ambulante kontrolbesøg, som aktuelt foregår på hospitalerne, kan også gradvist overgå til kommunalt regi med bistand fra praksislæger.

Samlet set omfatter scenariet disse indsatsområder og eksempler på konkrete tiltag:

Scenarie 2: Integration

Indsatsområder:

Eksempler på konkrete tiltag:

A. Udvidet koordinering og relationer på tværs.

1. Systematisk brug af rotationsstillinger og delestillinger på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Fx efter norsk forbillede, hvor der er gennemført positive evalueringer af sådanne ordninger, bl.a. på tværs af Helse Stavanger og Stavanger Kommune.

Ledelse og styring af sådanne ordninger er desuden en konkret fælles ledelsesopgave, som kan bidrage til at styrke de tværgående relationer også på ledelsesniveau.

2. Lederudviklingsforløb med deltagelse af ledere fra såvel regionalt som kommunalt regi med fokus på det grænsekrydsende lederskab og relationel koordinering.

1. Jf. "Produktivitet i almen praksis. Bruttokatalog over mulige tiltag samt metoder og værktøjer til forbedring af produktiviteten i almen praksis", Implement rapport til Danske Regioner og PLO, januar 2014.



- A. Udvidet koordinering og relationer på tværs.
3. Udstationering af sygeplejersker og sundhedsplejersker i lægepraksis
 4. Der udvikles tværsektorielle pakkeforløb for udvalgte borgerforløb, fx ved blodpropper og blødninger i hjernen. Som en del af pakkeforløbet vurderes og prioriteres det, hvordan ressourcerne i de involverede organisationer bedst bringes i spil med henblik på at optimere det samlede forløb.
- B. Samarbejde på akutområdet
1. "Modtageenhed" i akutmodtagelse, hvor der også indgår kommunale ressourcer. Fx efter skotsk og norsk forbillede, hvor kommunale ressourcer indgår i forbindelse med drift af en 4 timers akutenhed, der fungerer som "forpost" til den egentlige akutmodtagelse.
 2. Fælles Call center
Hospitalsenheden Midt samt Viborg, Silkeborg og Skive Kommuner samarbejder om et call center, hvor praktiserende læger og vagtlæger kan få rådgivning og vejledning i forhold til tilbud i lokalområdet, der kan forebygge en indlæggelse. Call centret bemannes med kommunale sygeplejersker med solid kommunal organisatorisk erfaring, og er organisatorisk forankret i Akutafdelingen på Hospitalsenheden Midt. Ved at placere call centret sammen med Hospitalsvisitationen vil såvel praktiserende læger som vagtlæger samt personalet i call centeret hele tiden kunne få lægelig bistand af Akutafdelingens speciallæger.
 3. Akutteam med medarbejdere fra både hospital og kommune.
Fx har Aarhus Kommune i samarbejde med Geriatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital etableret et fælles akutteam. Formålet med Akutteamet er at skabe et bedre tilbud til syge borgere i eget hjem via et team med særlige kompetencer, der kan træde til i mere komplekse og akutte situationer.
 4. Tværsektoriel udredningsenhed (TUE) med afsæt i erfaringerne fra Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital, hvor ældre medicinske patienter har mulighed for hurtig udredning på en ambulant kommunal enhed frem for en akut indlæggelse. TUE ejes af kommunen og sygeplejebemanningen er kommunal. Fysisk ligger enheden ligger som del af hospitalet.
 5. Praksislæger har ansvar for patient (i en form for vagtfællesskab) i 1 døgn efter udskrivning direkte fra akutmodtagelse. Ordningen fungerer allerede som modelprojekt i enkelte danske kommuner – og har til hensigt at sikre disciplin, når praktiserende læger henviser til akutmodtagelse, da de selv kan få ansvar for opfølgning bagefter.
- C. Øget indsatsintegration i forhold til borgere med særlige behov og mange kontakter på tværs af sektorer og sundhedsaktører
1. Fælles kommunal visitation og "supersagsbehandlere" på tværs af forvaltningsområder.



- | | |
|--|---|
| <p>C. Øget indsatsintegration i forhold til borgere med særlige behov og mange kontakter på tværs af sektorer og sundhedsaktører</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Fælles kliniske ressourcer på tværs af sundhedsaktører, herunder sektortværgående teams i forhold til bestemte sygdoms- eller problemområder. Kan fx etableres efter bl.a. engelsk og skotsk forbillede, hvor geriater i hospitalsregi arbejder halvdelen af tiden med opsporing og forebyggelse på plejehjem og med systematiske kontaktordninger til praktiserende læger. Og hvor sygeplejersker på geriatriske afdelinger arbejder halvdelen af tiden i udgående kommunale teams, orienteret mod ældre medicinske patienter. 3. Tværgående teams i forhold til borgere med psykiske lidelser og kroniske lidelser samt den ældre medicinske patient. Det enkelte team er opbygget med ressourcer fra både kommunalt regi og hospitalsregi. Medarbejdere i teamet arbejdes halvdelen af tiden i teamet og resten af tiden tid i en "moderenhed" 4. Care manager teams med ressourcer fra såvel regionalt som kommunalt niveau. 5. Forbedret sammenhæng og koordination mellem regionale og kommunale indsatser ved at placere dem i fælles lokaler. Det kan fx være børne- og ungepsykiatri, der deler lokaler med PPR (psykologisk, pædagogisk rådgivning). Eller en fælles enhed vedrørende misbrug og psykiske lidelser for 16-30 årige (efter bl.a. svensk forbillede). |
| <p>D. Udvidet kommunalt ansvar på kronikerområdet – opfølgning og monitorering af borgere med kroniske lidelser overgår til kommunalt regi</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Specialisering/kompetenceudvikling af kommunale sygeplejersker samt trækningsret på praktiserende læger. 2. Mulighed for at lade kommunalt ansatte sygeplejersker arbejde delvist i lægehuse – og praksislægesygeplejersker delvist i kommunalt regi. |
| <p>E. Data- og informationsintegration med henblik på at kunne udvikle integrerede indsatser</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Styrke kommunikation og koordinering ved hjælp af telemedicinske løsninger, videokonsultationer og eSundhedsløsninger. 2. Aktiv anvendelse og intensiveret udbygning af MedCom standarderne i og på tværs af sektorer og sundhedsaktører. |
| <p>F. Etablering af kommunale driftsfællesskaber på udvalgte områder</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitering i forbindelse med hjerneskade (neurorehabilitering). Der er tale om et område, hvor den enkelte kommune har relativt få forløb om året, men hvor det samtidig er nødvendigt at opretholde kompetencer på et højt specialiseringsniveau. Det gælder ikke mindst på børne- og ungeområdet. 2. Misbrug og psykiatri. Effektiv forebyggelse og behandling samtidig misbrug og psykiske lidelser kræver psykolog- og psykiaterkompetencer, som det kan være vanskeligt at tilvejebringe i alle kommuner. Dette kan imødegås ved at etablere fælles driftsenheder på området. |



Integrations scenariet forudsætter, at kommunerne sikres adgang til en række faglige ressourcer på hospitaler og praksissektor på tværs af sektorerne, og at der arbejdes i retning af mere ensartede vilkår for det tværsektorielle samarbejde.

Fra hospitalernes side efterlyser vi især adgang til lægelig og sygeplejefaglig rådgivning, ensartede vilkår omkring indlæggelser og udskrivninger samt kompetenceudvikling. Fælles tekniske standarder fx i forhold til telemedicinske løsninger er også vigtige at få på plads.

De praktiserende læger har en central rolle på flere områder – ikke mindst i udviklingen af akutfunktioner tæt på borgeren. Vores forventning er, at der kan indgås aftaler om fx sygebesøg, der kan understøtte den fortsatte udvik-

ling af akutområdet. Det er også afgørende, at praktiserende læger og vagtlæger i endnu højere grad bakker op om de kommunale akuttilbud.

Desuden er der på det statslige niveau behov for at sikre, at man som borger sikres ensartede vilkår – uanset hvor man behandles. Fx er der i dag egenbetaling på kørsel og kost, hvis man er på en kommunal akutplads, mens det ikke er tilfældet, hvis man er indlagt på et hospital.

Endelig forudsætter scenariet, at vi på hospitalerne, i praksissektoren og kommunerne opbygger en reel viden om hinandens kompetencer og tilbud, og at vi er parate til at bringe den fælles viden ind i fælles løsninger og samarbejde med borgeren.



Udforsk scenariet

- Hvordan vil det være at være borger i integrations scenariet?
- Hvilke indsatsområder og tiltag har det største potentiale?
- Er der elementer i scenariet, som kommunerne med fordel kan udfolde yderligere i fællesskab?
- Hvad kan fremme udviklingen af de centrale indsatser i scenariet?
- Hvilke forhindringer kan der være for at lykkes med indsatserne i scenariet?

5. Scenarie 3: Innovation

Hvordan ser det nære sundhedsvæsen ud, hvis vi tager "det store spring frem" og innoverer organisering og finansieringsstruktur i sundhedsvæsenet og derved muliggør helt nye typer af borgerforløb?

Kernen i dette scenarie er innovative indsatser med henblik på at etablere strukturer, der i højere grad fremmer et fælles fokus på kvalitet og sammenhæng i opgaveløsningen. En forudsætning for scenariet er, at den nuværende finansieringsstruktur på sundhedsområdet justeres, så incitamenterne til at gå nye veje fremmes. Det vil gøre det muligt i større omfang at udvikle og afprøve nye typer af borgerrettede tilbud, hvor fx antallet af indlæggelser på

hospital og kontakter til akutmodtagelser på hospitalerne reduceres.

Centrale indsatser i scenariet er fx flere behandlingsorienterede muligheder i kommunerne, herunder direkte tilknytning af fx læger i kommunale tilbud, fælles kommunale og regionale indsatser og budgetter i forhold til borgere med særlige behov samt investering i sundhedsteknologi, der kan fremme behandling i eget hjem.

Samlet set kan scenariet beskrives ud fra disse indsatsområder og konkrete tiltag:

Scenarie 3: Innovation



Indsatsområder:	Eksempler på konkrete tiltag:
A. Øget omfang af behandling og monitorering gennem bl.a. intelligente løsninger i eget hjem og telemedicinske løsninger samt eSundheds-løsninger	<ol style="list-style-type: none">1. Genoptræning og træning via online-programmer.2. Hjælp til selvhjælp via webbaserede information og instruktion.3. Udgående teams med regionale og kommunale ressourcer, der fx udgår fra hjemmesygeplejen og gradvist erstatter eventuelle døgnpladser.4. Indlæggelse i eget hjem (udlæggelse). Udbredelse af hjemmebehandling og -monitorering.
B. Udvidet omfang af "shared care" (delt behandling og pleje) gennem fælles budgetter	<ol style="list-style-type: none">1. Tilbud i fælles lokaler og med fælles finansiering. Fx Psykiatriens hus, sundhedshuse med fælles kommunal og regional kapacitet og finansiering.2. Health and Social Care Partnership modellen i en dansk udgave. Efter skotsk forbillede, hvor der aktuelt overføres ressourcer fra såvel kommuner som hospitaler til nye Health and Social Care Partnerships, der integrerer kommunernes hidtidige sociale indsatser og sundhedsindsatser med store dele af hospitalernes hidtidige indsatser for især ældre medicinske patienter, borgere med kroniske lidelser (herunder psykiske), borgere med langvarige rehabiliteringsforløb og langvarige lidelser.3. Fælles kommunale og regionale indsatser og budgetter i forhold til borgere med særlige behov og mange kontakter på tværs af sektorer og sundhedsaktører.4. Fælles drift af misbrugs- og psykiatrienheder inspireret flere svenske län bl.a. i Kronoberg, Stockholm og Västra Götaland.



C. Flere behandlingsorienterede tilbud / muligheder i kommunalt regi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Døgndækkede akutenheder med lægekapacitet. Fx kommunalt ansat læge eller praksislæge, der er frikøbt i et antal timer per uge suppleret med hotline til hospitaler, hvor hospitaler yder support til den kommunale sygepleje i aften- og nattevagt. Der arbejdes i disse år i flere lande på at finde omkostningseffektive alternativer til akutte hospitalsforløb. Det omfatter blandt andet indsatser, hvor borgeren meget hurtigt efter behandling overgår til en kommunal døgnplads inden overførsel til eget hjem. Den kommunale enhed fungerer samtidig som et alternativ til (gen)-indlæggelse og bidrager til, at kun de helt nødvendige akutte forløb realiseres i hospitalsregi. 2. Kommunalt ansatte jordemødre varetager i samspil med sundhedsplejen opgaver i forhold til fx seksuel sundhed og sårbare familier.
D. Opprioritering og investering i sundhedsteknologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablering af et fælles kommunalt-regionalt sundhedsteknologisk selskab, der har særlig fokus på teknologi, der kan understøtte hjemmebehandling og – monitorering.
E. Øget arbejde med og synliggørelse af outcome/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetenceudvikling og uddannelse på tværs af region og kommuner i at arbejde med og følge effekter frem for mængde og aktivitet. 2. Modelprojekt med involvering af flere hospitaler og kommuner samt forskningsinstitutioner vedrørende kvalitet og effekt (effektmodel).
F. Aktive indsatser i forhold til udbygning af finansieringsgrundlag og modelprojekter vedrørende sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samfundsmæssig satsning på forebyggelse og rehabilitering. Over en 10-årig periode har samfundet afsat 25-30 mia.kr. til nye sygehusbygninger. I en ny 10 års periode afsættes nu et tilsvarende beløb til en systematisk satsning på sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Der afsættes samtidig midler til forskningsbaseret evaluering af metoder og effekter. 2. Nye modeller for finansiering udvikles.

Innovationsscenariet forudsætter et tæt samarbejde på tværs af kommuner og region om at udvikle nye strukturer og samarbejdsformer, når det gælder sundhed.

Der er behov for at alle parter ser fordomsfrit på, hvordan et borgerforløb bedst tilrettelægges. Det kan fx være åbenhed i forhold til også at ansætte læger i kommunale tilbud, hvis det giver de bedste resultater – fagligt, organisatorisk og økonomisk. Scenariet fordrer med andre ord innovationskraft og risikovillighed på tværs af sektorerne.

Udforsk scenariet

- Hvordan vil det være at være borger i innovationsscenariet?
- Hvilke indsatsområder og tiltag har det største potentiale?
- Er der elementer i scenariet, som kommunerne med fordel kan udfolde yderligere i fællesskab?
- Hvad kan fremme udviklingen af de centrale indsatser i scenariet?
- Hvilke forhindringer kan der være for at lykkes med indsatserne i scenariet?



6. Perspektiver og muligheder i scenarierne

Samlet set angiver de tre scenarier – population, integration og innovation – mulige udviklingsveje for fremtidens nære sundhedsvæsen. Indsatsområderne og eksemplerne på konkrete tiltag kan betragtes som byggeklodser, der i praksis kan prioriteres og kombineres på forskellig vis på den videre rejse mod fremtidens nære sundhedsvæsen.

Flere af indsatserne retter sig mod ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme samt borgere med psykiske lidelser, men som antydning i de enkelte scenarier, kan scenarierne også udvides med flere tilbud til fx børn, unge og familier. Hvilke byggeklodser, der skal sættes sammen eller føjes til, afhænger af hvilken retning, vi ønsker, for udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Mere sundhed til flere

En fælles præmis for scenarierne er, at der i fremtidens nære sundhedsvæsen er behov for at skabe mere sundhed til flere inden for en begrænset økonomisk ramme. Vejene til at opnå dette er forskellige i scenarierne. I populations-scenariet investeres der i forebyggelse og sundhedsfremme frem for "reparation" af sygdomme. Integrationsscenarioet sigter mod en mere effektiv udnyttelse af de faglige og organisatoriske ressourcer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Endelig peger innovationsscenarioet på, at det kan være nødvendigt at gå helt nye veje – og gentænke arbejdsdelingen mellem sektorerne på sundhedsområdet, hvis der for alvor skal sættes ind i forhold til eksempelvis forebyggelse af indlæggelser og ulighed i sundhed. En forudsætning i dette scenarie er, at ressourcerne i sundhedsvæsenet omprioriteres med henblik på at kunne opbygge tilstrækkelig kapacitet i forhold til fx akutenheder, tværfaglige teams og indsatser i borgerens hjem. Det kan fx ske ved ændringer af incitamentsstrukturerne på sundhedsområdet, eller ved etablering af nye forpligtende samarbejdsmodeller.

Det er samtidig afgørende, at nye indsatser og måder at tilrettelægge sundhedsopgaverne på følges op med viden om kvalitet og effekter. Øget systematisk dokumentation, mere forskning i det nære sundhedsvæsen og forskningsbaserede evalueringer af metoder og effekter vil således være en vigtig prioritering. Det kan med fordel ske i et samspil mellem kommuner og region.

Faglige kompetencer i det nære sundhedsvæsen

En forudsætning for at kunne videreudvikle det nære sundhedsvæsen er, at de rette kompetencer er til stede.

Indsatsområderne i populationsscenarioet lægger således op til, at kompetencer og viden i forhold til sundhedsfremme og sundhedspædagogik udbredes i kommunerne. Det

kan fx være kompetencer inden for rådgivning, motiverende samtaler og kommunikation. Der vil også være behov for at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til borgerdeltagelse for at kunne indgå i konstruktive samarbejdsformer med borgerne. Grundtanken er, at den enkelte borger skal klædes på til at mestre egen hverdag og evt. deltage som frivillig i aktiviteter, der fremmer sundhed. Borger- og patientuddannelser spiller derfor også en fremtrædende rolle.

Integrationsscenarioet afspejler et behov for øget faglig specialisering inden for udvalgte områder som fx kroniske sygdomme, hjerneskadeområdet og misbrugspsykiatri. Endvidere afspejler dette scenarie behovet for nemt og direkte at kunne få adgang til lægefaglige ressourcer. I innovationsscenarioet sikres adgangen til særlige kompetencer gennem fx ansættelse af læger i direkte tilknytning til et kommunalt tilbud eller som en fast del af kommunens beredskab på akutområdet. Endvidere vil der være behov for at sikre kompetencer i forhold til telemedicin samt til at kunne følge effekterne frem for kun aktiviteten i sundhedsindsatserne.

Sundhed i et samspil

Alle tre scenarier sætter på forskellig vis fokus på behovet for at bryde med en silotænkning og udvikle indsatser, der tager højde for, at mange borgere ofte har flere samtidige problemstillinger og mange forskellige kontakter til sundhedsvæsenet.

Internt i kommunerne er der fortsat behov for øget integration mellem arbejdsmarkeds-, psykiatri- og sundhedsindsatserne – både organisatorisk, ressource- og ledelsesmæssigt. At investere i et øget tværgående samarbejde i de kommunale indsatser er derfor under alle omstændigheder en helt central og nødvendig opgave.

En barriere kan være forskellige fagkulturer, manglende viden om de enkelte fagområder og svage relationer på tværs. Skal siloerne ophæves, skal der derfor også arbejdes intensivt med at styrke viden og relationer på tværs i de enkelte kommuners organisation. På samme måde bliver kompetencer i forhold til at kunne lede samarbejde på tværs afgørende.

Det samme gælder i forhold til at udvikle samarbejdet på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor, hvor en af de helt centrale ledelsesopgaver bliver at sikre samarbejde og koordinering på tværs.

Både internt i den enkelte kommune, mellem kommunerne og mellem sektorerne skal vi turde at sætte os ud på



kanten af egen organisation og bygge broer. Det kræver tillid – og risikovillighed.

Øget integration på tværs i og mellem de enkelte organisationer kalder samtidig på en højere grad af ensartethed i indsatserne. Set i et borgerperspektiv handler det om, at alle skal kunne forvente den samme kvalitet, uanset hvor man behandles, og et sammenhængende sundhedsvæsen. Set i et samarbejdsperspektiv handler det om at skabe smidige forløb, som er enkle at drive i det daglige, og at ekspertviden er tilgængelig på tværs af sektorerne alle dage, døgnet rundt. Og set i et kommuneperspektiv handler det om at styrke fælles løsninger på tværs af kommunerne, når det giver bedre faglig kvalitet for borgerne. Vi skal være ambitiøse, når det gælder udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Og vi skal samarbejde om – og forbedre – fælles løsninger i en fælles prioritering.

Den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen giver anledning til en række overvejelser i forhold til den kommunale opgaveløsning. Men for at vi kan lykkes med vores indsatser, kræver det samtidig, at en række forudsætninger er til stede i samspillet mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren. En opfordring herfra vil derfor være, at der både nationalt, regionalt og kommunalt sættes helhjertet på udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Vi skal i endnu højere grad dele viden, samarbejde på tværs og turde arbejde på nye måder. Det gælder både i forhold til de aktuelle udfordringer - som vi står midt i – og



Udforsk fremtidens nære sundhedsvæsen

- Hvordan vil vi gerne have, at det skal være at være borger i fremtidens nære sundhedsvæsen?
- Hvilke indsatsområder og konkrete tiltag i de tre scenarier har det største potentiale?
 - set i et borgerperspektiv
 - set i et samarbejdsperspektiv
 - set i et samfundsøkonomisk perspektiv
- Hvad kan fremme udviklingen af fremtidens nære sundhedsvæsen?



Bilag: Proces for udarbejdelse af debatoplægget

i forhold til de mange tiltag, som vi med fordel kan bringe i spil i de kommende år. Og det er nu, vi skal i gang.

Debatoplægget er udarbejdet i regi af Den kommunale styregruppe på sundhedsområdet i den midtjyske region (KOSU).

De tre scenarier, der beskrives i debatoplægget, er udviklet på baggrund af input fra direktører og chefer på sundhedsområdet i den midtjyske region.

I august 2014 blev der således gennemført en spørgeskemaundersøgelse om fremtidens nære sundhedsvæsen blandt sundhedsdirektørerne samt en workshop 18. september 2014 for direktører og chefer på sundhedsområdet.

Input fra spørgeskemaundersøgelsen og workshoppen er efterfølgende blevet bearbejdet i en tværkommunal arbejdsgruppe bestående af:

- Anders Kjærulff, direktør, Holstebro Kommune
- Hosea Dutschke, direktør, Aarhus Kommune
- Hanne Linnemann, chefkonsulent, Aarhus Kommune
- Jonna Holm Pedersen, KKR-konsulent
- Kate Bøgh, direktør, Favrskov Kommune
- Lars Kirkegaard, direktør, Skanderborg Kommune
- Lis Kaastrup, sundheds- og omsorgschef, Viborg Kommune
- Sine Møller Sørensen, KOSU-sekretariatet

Gruppens arbejde er blevet understøttet af KOSU-sekretariatet, der har varetaget den endelige formulering af debatoplægget.

Implement Consulting Group har stået for gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse, workshop og processtøtte undervejs.





Foto: Brian Rasmussen

