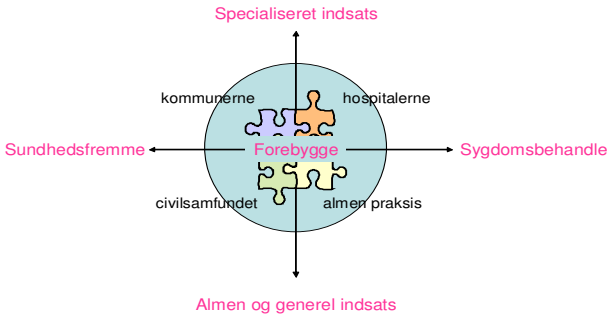
16. marts 2016/Region Midtjylland.

Debatpapir: Regionale indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Med afsæt i de politiske visioner og værdier "Mere sundhed i det nære – på borgerens præmisser" og sundhedsaftalen 2015- 2018 skal Region Midtjylland udarbejde en strategi for regionens fremtidige rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

I dette debatpapir lægger vi op til en bred definition af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen forstås primært som de initiativer med henblik på forebyggelse og sygdomsbekæmpelse, der finder sted udenfor hospitalets matrikel – i borgerens hjem, på hendes arbejdsplads, hos praktiserende læge eller i lokalområdet, f.eks. i de regionale og kommunale sundhedshuse. Men indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil også involvere hospitalernes personale, og vil kunne finde sted på hospitalernes matrikler. Måske i form af nye eller ændrede opgaver i hospitalsforløbet, som følge af øget fokus på borgerens samlede situation. Måske i form af tilbud, hvor hospitalspersonalet løser opgaver i borgerens hjem eller i kommunale tilbud. Endelig vil vores definition af det nære sundhedsvæsen også indebære, at beslutningerne vedrørende borgerens sundhed og sygdom sker i så nært samarbejde med borgeren som muligt – beslutninger træffes med størst mulig inddragelse af patient og pårørende. Det handler i høj grad om at skabe sammenhæng til gavn for borgeren. I Sundhedsaftalen taler vi om at 'flette' sundhedstilbuddene.

Nedenstående figur illustrerer kompleksitet og sammenhæng: der er mange aktører og flere dimensioner af indsatser. Og indsatserne fletter ind i hinanden. Figuren lægger op til diskussion af, om vi kan flytte grænserne for det specialiserede – hvor skal snitfladen være på y-aksen? Og figuren åbner for debat om hvor, vi som region skal placere os på x-aksen – skal vi bevæge os, så en større del af de regionale indsatser får forebyggende og sundhedsfremmende sigte? Eller fortsat have den væsentligste fokus på det behandlende?



I sundhedsaftalen har Regionsrådet og de 19 kommuner i regionen formuleret tre visioner, der er det naturlige udgangspunkt for arbejdet med at formulere en strategi. Disse visioner er:

- *Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser*
- *Sundhedsløsninger tæt på borgerne*
- *Mere lighed i sundhed*

Med sundhedsaftalen har vi forpligtet os til at tage de nødvendige skridt for at virkeliggøre visionerne. Vi ønsker, at vi i sundhedsvæsenet bliver bedre til at møde borgerne, hvor de er – både geografisk og i deres liv. Vi ønsker, at vi bliver bedre til at se på det hele menneske og inddrage og samarbejde med alle relevante aktører, så borgeren oplever at få det bedre og få mere sammenhæng i sit forløb. Vi ønsker, at vi bliver bedre til at designe indsatsen efter den enkelte. Vi ønsker at prioritere forebyggelse af ny sygdom, og forebyggelse af akut opblussen af eksisterende sygdom.

Siden sundhedsaftalens vedtagelse i kommuner og i regionen er der blevet gjort mange bestræbelser på at føre dens visioner ud i livet. Vi må dog samtidig erkende, at der er en række barrierer, som er hindrende for at nå i mål med sundhedsaftalens visioner:

- Organisatoriske – forskellige ledelsesmæssige strukturer og referenceforhold besværliggør det tværsektorielle samarbejde. Det samme gør forskellige IT-systemer
- Økonomiske – incitamentsstrukturer i kommuner, region og almen praksis understøtter ikke, at vi træffer det valg, der er bedst for borgeren, eller er det samfundsøkonomisk mest fornuftige
- Lovgivningsmæssige – forskellige regler om egenbetaling af ophold og transport i henholdsvis kommunale tilbud og på hospitalerne gør det svært at finde nye løsninger, der opleves som rimelige af borgerne. Og regler om brug og deling af data umuliggør fælles patientjournaler og tværsektorielle audits af patientforløb
- Kulturelle – traditionen for ægte brugerinddragelse og det at tænke i sammenhængende forløb på tværs af sektorer er ikke stærk på sundhedsområde

Hvis sundhedsaftalens visioner skal nås, kræver det at vi overkommer disse barrierer. Samtidig skal vores beslutninger afvejes i forhold til Sundhedsaftalens princip om Triple Aim: Vi vælger de løsninger, der bedst tilgodeser den brugeroplevede kvalitet, sundhedstilstanden for regionens borgere generelt, og de samlede, samfundsmæssige omkostninger. Dette debatpapir har til formål at anskueliggøre en række valg og mulige konsekvenser i den forbindelse. Pejlemærkerne fra den politiske diskussion bliver grundlag for den kommende strategi for regionale indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsløsninger tæt på borgerne

Sundhedsløsninger tæt på borgerne kan medføre mange fordele for borgerne: Færre hospitalsindlæggelser, flere valgmuligheder, bedre mulighed for at deltage i genoptræning og patientskoler, mere integrerede tilbud og dermed større sammenhæng i forløbet. For hospitalerne kan dette indebære, at hospitalernes specialistkompetencer i endnu højere grad end i dag skal understøtte de kommunale sundhedsopgaver. Eksempler på dette kan være varetagelse af det lægefaglige ansvar udenfor hospitalsmatriklen, øget rådgivning til kommuner og almen praksis, udgående og tværsektorielle teams, indlæggelse i eget hjem og telemedicinske løsninger. En anden mulig konsekvens er, at omprioritering af ressourcerne til fordel for nye initiativer kan påvirke andre af hospitalets kerneopgaver – f.eks. opfyldelse af udrednings- og behandlingsgaranti. For de praktiserende læger kan det også indebære nye roller og opgaver. Eksempler på dette kan være en mere opsøgende og koordinerende rolle i forhold til kronikere eller udsatte borgere, eller lægefaglig dækning af midlertidige pladser i kommunerne.

Hvordan kan vi som region medvirke til at skabe sundhedsløsninger tæt på borgerne?

- *På nogle områder er DRG-systemet en barriere for nye løsninger. På hvilke områder er vi parate til at udfordre DRG for at skabe sundhedsløsninger tættere på borgerne?*
- *I hvilke situationer giver det mening, at hospitalets personale og ressourcer bruges til indsatser i borgerens eget hjem?*

Hvor langt er vi som region parate til at sætte nye nationale dagsordener for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen– f.eks. på almen praksis området?

- *Er vi klar til at arbejde for nye modeller for afregning af almen praksis – f.eks. baseret på populationsansvar frem for ydelseshonorering?*
- *Er vi klar til at insistere på at afprøve nye organisationsformer for almen praksis?*
- *Er vi klar til at flytte opgaver og ressourcer mellem hospitaler og almen praksis?*

I dag har vi regionale sundhedshuse, hvor vi engang havde små sygehuse. Sundhedshusene indeholder forskellige funktioner – både regionale og kommunale – men vi har ikke altid et tæt samarbejde mellem sektorernes tilbud, og kun få tilfælde med fælles tilbud til borgerne. Samtidig er der i mange/alle de kommuner, hvor vi ikke har et regionalt sundhedshus, et kommunalt samlingssted, hvor der arbejdes med forebyggelse, genoptræning og sundhedsfremme. Hvordan skal sundhedshuse fremover spille ind i den regionale strategi for det nære og sam-

menhængende sundhedsvæsen? Skal sundhedshusene være fremskudte hospitalsenheder, hvor vi tilbyder ambulante tilbud tæt på borgerne med henblik på at forkorte borgernes transporttid til specialiserede tilbud? Eller skal regionen være tilstede sammen med de kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud, i fælles indsatser, og som ramme om fælles behandlerteams m.v. Uanset om den ramme det foregår i, er regional eller kommunal ejendom?

Hvor langt er vi som region parat til at gå vedrørende formål og indhold i Sundhedshusene?

- *I nogle kommuner har vi regionale sundhedshuse, i andre har vi det ikke: Skal Region Midtjylland have samme tilstedeværelse i alle kommuner? Hvorfor – hvorfor ikke?*
- *Bruger vi vores udgående ressourcer rigtigt eksempelvis ved at have ambulatorier i sundhedshusene? Burde vi prioritere andre aktiviteter højere?*
- *Hvad synes vi om organisationsformer i sundhedshusene, hvor vi har fælles ledelse og deler personale med kommunerne?*
- *Hvilke hensyn skal vi lægge til grund, når vi fastsætter hvor og hvilke funktioner, der skal indgå i et sundhedhus? (afstand?, den lokale befolknings sundhedstilstand, aldersammensætning?, lægedækningsbehov?, andre ting?)*

Mere lighed i sundhed

Mere lighed i sundhed forudsætter tilbud der er skræddersyede til de svageste og mest udsatte grupper i samfundet – de borgere, der har den dårligste helbredstilstand. For at lykkes med at nå disse borgere, skal tilbuddene være mere fleksible, de skal måske være mobile, og indsatserne skal ske i tæt koordination mellem en række aktører fra forskellige institutioner og sektorer. Mere lighed i sundhed vil betyde, at de svageste borgere kommer til at opleve flere kontakter, som er opsøgende og som har til formål at forebygge sygdomsopståen eller genopståen, og at de får mere hjælp, end de får i dag. Andre borgere vil skulle klare mere selv. Opfyldelse af ambitionen om lighed i sundhed vil stille krav til hospitalspersonale og praktiserende læger om nye kompetencer og ændrede tilgange til dialog med borgere, pårørende og samarbejdsparter. De praktiserende læger i udsatte områder skal måske have konsultationstider i særligt udsatte boligområder, og speciallægerne skal måske have delte ansættelser på regionens hospitaler, så alle svage ældre får adgang til specialiserede tilbud – f.eks. geriatri.

Hvor langt vil vi som region gå for at skabe mere lighed i sundhed?

- *Hvad mener vi om, at gøre forskel på patienterne, så vi lægger flere opgaver i forbindelse med sygdomsforløbet ud til de ressourcestærke borgere og deres netværk, mens vi bruger flere af regionens ressourcer på mindre ressourcestærke borgere?*
- *Hvad synes vi om, at gøre forskel på patienterne, så de ressourcestærke patienter kan få længere transport til undersøgelse og behandling, mens de mindre ressourcestærke får kortere – eller måske får behandling i hjemmet?*
- *Hvor meget vil vi satse på målrettede indsatser rettet mod specifikke målgrupper, hvor vi ved at uligheden er stor?*

Alle borgerne vil helst være sunde og glade hele livet. Men ikke alle har samme vilkår for at nå det mål. Udjævning af ulighed i sundhed handler også om forebyggelse. For borgerne vil succesfuld indsats i forhold til forebyggelse betyde flere sunde år, og mindre kontakt med sundhedsvæsnet. Men opfyldelse af denne vision forudsætter en mere proaktiv tilgang til borgernes sundhed. Og det forudsætter, at vi udnytter kendt viden om populationen i en kommune, et optageområde eller patientgruppen i den enkelte almene praksis. Praktiserende læger og hospitalsansatte skal i højere grad være proaktive for at forebygge sygdom og sygdomsforværring. Måske skal den praktiserende læge følge aktivt op, når den psykiatriske patient, der har været indlagt ikke dukker op i konsultationen efter udskrivelse. Måske skal hospitalets personale være en del af det opsøgende team i det udsatte boligområde.

Hvor meget vil vi som region satse på at styrke den forebyggende indsats som supplement til og erstatning for behandlende indsats?

- *I hvor høj grad ønsker vi som region af opprioritere forebyggelse og eksempelvis flytte ressourcer fra behandling til forebyggende indsatser – på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne?*
- *I hvor høj grad er det en regional opgave at opsøge og informere, udfordre og støtte borgerne til livsstilsomlægninger, inden de bliver syge, i stedet for at afvente, at de henvender sig med helbredsproblemer?*

Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser

Den tredje politiske vision fra sundhedsaftalen "et sundhedsvæsen på borgerens præmisser" har både sammenhæng til regionens indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, men er i lige så høj grad en værdi for hele sundhedsvæsenet, og indgår også i regionens sundhedsplan.
Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser fordrer en grundlæggende ændring i sundhedsvæsnets tilgang til patienten. Fokus skal fra "What's the matter with you" til "What matters to you".

"What matters to you" tager udgangspunkt i, at alle borgere er forskellige – de har forskellig viden og holdninger og varierer i indstilling til målet for et kommende eller igangværende behandlingsforløb. Hvis sundhedsvæsenet virkelig skal være på borgernes præmisser, skal vi acceptere, at indsatserne er mere forskelligartede. Præferencer og borgerens livssituation skal være udgangspunktet for valg af indsats - et valg, som skal ske sammen med borgeren.

Hvor langt vil vi som region gå for, at sundhedsvæsenet bliver på borgerens præmisser:

- *Er der grænser for tilpasningen af behandlingstilbud til borgerens ønsker? Skal alle f.eks. kunne vælge hjemmebesøg i stedet for fremmøde i ambulatorie eller skal der ske en selektion i forhold til f.eks. alder, mobilitet og nærhed?*
- *Er vi parate til i langt højere grad at lade borgere indgå i planlægning, driftsgrupper og evaluering af vores indsatser? Hvordan?*
- *Vil vi give det regionale personale pligt og kompetencer til sammen med borgeren at se på hele borgerens livssituation, og derfra medvirke til, at den rette behandling og det rette forløb bliver i værk sat. Og om nødvendigt tage initiativ til og ansvar for at alle relevante samarbejdsparter inddrages i løsninger på borgerens præmisser – uanset sektor?*

Et for borgeren sammenhængende forløb vil ofte fordre, at vi som sundhedsvæsen nedbryder silo'er og kassetænkning og skaber integrerede eller såkaldt flettede forløb/tilbud til gavn for borgeren. Er vi parate til at acceptere de nødvendige organisatoriske konsekvenser, hvis sundhedsvæsenet fuldt ud skal være på borgerens præmisser – også når det vedrører sammenhæng?

Hvor vidtrækkende organisatoriske og økonomiske konsekvenser er vi som region parate til at tage for at skabe løsningerne på borgernes præmisser?

- *Er fælles ledelse på det politiske niveau en god idé? – også hvis det indebærer at lægge regionale penge ind i fælles kasser med kommunerne?*
- *Er vi parate til på driftsniveauet at eksperimentere med fælles ledelse?*
- *Er det eksempelvis OK, at driftsledelser på laveste niveau får mandat til at indgå aftaler om konkrete patientforløb på tværs af sektorer?*