

1. Vision for Sundhedsaftalen 2015-18

Sundhedssamarbejdets værdier

Sundhedsaftalen er rammen om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter fælles mål, som vi arbejder os frem imod og følger systematisk op på. Vores samarbejde hviler på et værdifællesskab, hvor åbenhed, dialog og tillid er de bærende værdier.

Åbenhed betyder, at vi er parate til at give borgerne, borgernes netværk og hinanden indsigt i, hvordan vi hver især bidrager til at løse opgaverne på sundhedsområdet – ligesom vi gerne udvikler og afprøver nye måder at arbejde sammen på, som går på tværs af grænserne mellem forskellige sektorer.

Dialog betyder, at vi kommunikerer med borgerne og hinanden, både om det overordnede – hvordan vi hver især planlægger og tilrettelægger vores indsats – og om det konkrete – det enkelte borgerforløb.

Tillid betyder, at vi har tiltro til borgerens ønske om at være en konstruktiv og aktiv medspiller med ressourcer, ønsker og holdninger – og til kollegers faglighed og ansvarlighed.

Ud fra de fælles værdier er vi i Syddanmark kommet langt med samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer. Vi har nået mange gode resultater i fællesskab.

Udfordringer i de kommende år

Med visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 sætter vi retningen for, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, fordi vi i disse år skal håndtere flere store udfordringer sammen:

- Vi får stadig flere ældre medborgere – og stadig flere borgere med kronisk sygdom.
- Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig mere behandling til flere.
- Borgerne ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige dagligdag – også før, under og efter deres egen eller pårørendes behandling.
- Det økonomiske råderum er i en lavkonjunktur stærkt begrænset – også for sundhedsvæsenet.
- Vi får stadig flere psykisk sårbare unge.

Som en indledning på arbejdet med en ny vision indbød Sundhedskoordinationsudvalget politikere og embedsmænd fra kommuner, region og PLO Syddanmark til en konference den 2. september 2013. Her var der lejlighed til at drøfte udfordringerne, hvilke nye mål vi i fællesskab vil arbejde frem imod, og hvordan vi følger op på, at vi rent faktisk når dem.

Sundhedsaftalens tre hovedmål

På grundlag af konferencens drøftelser har Sundhedskoordinationsudvalget udformet en vision med tre hovedmål:

Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

Vi skal møde og se borgeren som en ligeværdig, aktiv og ansvarstagende samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt – også når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.

Sundhed for alle

Særligt udsatte grupper skal have særlige indsatser. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.

Sundhed med sammenhæng

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling, rehabilitering og træning, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset den enkelte borger/patient på rette tid og sted. Vi skal tænke helhedsorienteret – også i forhold til sammenhængen mellem sundhedsvæsenet, arbejdsmarkedet de sociale tilbud, uddannelsessystemet m.v.

Under hvert hovedmål opstiller vi nogle overordnede, men samtidig meget konkrete succeskriterier, der udtrykker, hvad det er, vi vil måles på, når aftaleperioden er forbi. Hvor skal vi være ved udgangen af 2018? Disse succeskriterier vil blive uddybet og udbygget i sundhedsaftalens øvrige afsnit.

Sundhedsaftalens tre principper

Men sundhedsaftalen skal ikke alene fastlægge målene. Den skal afklare, hvordan vi vil arbejde sammen om at nå dem. Her vil vi tage udgangspunkt i tre principper ud fra nøgleordene prioritering, rehabilitering og velfærdsteknologi:

- **Vi vil prioritere vores indsatser skarpt.** Vi vil gå målrettet efter at adressere de største tværgående udfordringer først ud fra en erkendelse af, at de knappe ressourcer ikke giver mulighed for at gøre alt på én gang.
- **Vi vil se borgeren som et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb.** Vi vil støtte borgerens ønske om at vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter. Målet er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.
- **Vi vil udnytte Syddanmarks styrkeposition på det velfærdsteknologiske område.** Velfærdsteknologien skal gøre borgeren mere uafhængig, give mere frihed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom den skal fremme kommunikationen på tværs af sundhedsvæsenets sektorgårser.

Disse tre principper skal være det bærende grundlag for alle vores indsatser i arbejdet med at nå sundhedsaftalens mål.

1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

Vi skal møde borgeren som en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt, når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.

Borgerens behov og forudsætninger skal være udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på. Der må aldrig herske tvivl om, at borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb.

Vi skal se den enkelte borger som et helt menneske med unikke forudsætninger, ressourcer og behov – og vi skal målrette vores tilbud, så de netop tager udgangspunkt i borgerens forudsætninger, bygger på hans ressourcer og imødekommer hans behov.

Borgeren er en samarbejdspartner med ressourcer, som indgår sammen med vores faglige viden og erfaring, hvis det samlede resultat af borgerens forløb skal blive det bedst mulige. Både borgeren og vi har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden. De forventninger er det afgørende vigtigt at afstemme. Det skal stå klart, hvad der er sygehusets, den praktiserende læges og kommunens ansvar – og hvad der er borgerens ansvar, under hensyntagen til i hvilken grad borgeren mestrer. Her er dialog og videndeling nøgleord.

Når forudsætningerne er til stede, skal borgeren kunne deltage aktivt i sit forløb, trække på sine pårørende og være medbestemmende i forhold til, hvad der skal ske videre frem.

Det sker lettest, hvis vores indsatser er skånsomme, målrettede og tilpasset det hverdagsliv, borgeren ønsker. Kort sagt: borgeren skal opleve at have et sammenhængende og meningsfuldt hverdagsliv.

Her giver velfærdsteknologien – og ikke mindst telemedicinen – os nye muligheder for at engagere og motivere borgeren i sit eget forløb. Telemedicin betyder, at informations- og kommunikationsteknologi bliver brugt sådan, at forebyggelse, udredning, behandling og kontrol kan foregå tæt på borgeren.

Telemedicin er ikke alene et spørgsmål om teknik. Det handler nok så meget om, at sygehus, kommune og almen praksis skal arbejde sammen på en ny måde – også med borgeren. Hidtil er arbejdet med telemedicin i høj grad foregået på projektbasis. Vores mål er, at telemedicin skal være en del af den daglige drift, når det er effektivt, og når det kan føre til, at borgerne oplever større selvstændighed. Vi skal sammen lægge en strategi for, hvordan vi kommer så langt.

Borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb igennem sundhedsvæsenet. Derfor er borgernes vurderinger også en vigtig del af grundlaget, når vi skal træffe beslutninger om, hvordan vores indsatser skal tilrettelægges på det mere overordnede plan. F.eks. når vi skal tage stilling til, om vi gør det godt nok – om kvaliteten i den forebyggelse, behandling og rehabilitering, vi tilbyder, er, som den skal være.

God faglig standard er selvfølgelig en helt uomgængelig forudsætning for, at kvaliteten er i orden. Er borgeren blevet behandlet i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer etc.? Men i sidste ende er de indsatser, vi tilbyder, til for borgerens skyld. Derfor giver det også god mening at spørge borgerne om, hvordan de har oplevet deres forløb, når vi vil sikre og udvikle kvaliteten af fælles indsatser.

En anden måde, hvorpå vi kan inddrage borgerne i vores overordnede beslutninger om sundhedsvæsenet, er gennem patient- og pårørendeorganisationerne. Her giver Sundhedsloven os en ny samarbejdspartner: Patientinddragelsesudvalget, hvis medlemmer netop er udpeget af sådanne organisationer.

Vi vil gå i en aktiv dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage med erfaringer, viden og synspunkter, som kan være en vigtig del af grundlaget for vores beslutninger i sundhedsvæsenet.

Det vil vi måles på:

- Vi har en borger-/patientoplevet kvalitet, som er stigende over tid og som ligger over landsgennemsnittet.
- Vi tager en dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage til grundlaget for vores beslutninger.
- Vi lægger en fælles strategi, der gør telemedicin til en del af den daglige drift.

1.2 Sundhed for alle

Særligt udsatte grupper skal have særlige tilbud. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.

Fri og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel viser statistikkerne, at sundheden er ulige fordelt på forskellige befolkningsgrupper. Hvis vi vil det forhold til livs og sikre alle borgere andel i de helbredsmæssige gevinster, som sundhedsvæsenet er med til at skabe, gør vi det ikke med standardløsninger.

Vi vil sundhed for alle. Det betyder ikke, at alle skal have alt, men at vi differentierer vores tilbud, så vi også kan imødekomme særligt udsatte gruppers behov.

Helt særlige problemstillinger knytter der sig til psykiatriske patienters fysiske helbredstilstand. Ser vi på middellevetiden blandt patienter, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, viser den sig at være 15-20 år kortere end andre borgeres.

Psykiske og fysiske lidelser spiller sammen og påvirker hinanden. Derfor er der brug for, at vi ikke anskuer dem isoleret, men tværtimod ser på helheden i de tilbud, vi stiller til rådighed for psykiatriske patienter. Vi skal indrette sundhedsvæsenet sådan, at det giver psykiatriske patienter de samme muligheder for at opnå et godt helbred, som andre borgere – med andre ord sikre, at somatik og psykiatri har samme høje standard. Det gør vi blandt andet ved tidlig opsporing af psykisk sygdom og ved, at psykiatriske og somatiske sundhedstilbud bliver integreret i hinanden.

Samtidig skal vi tænke helhedsorienteret i forhold til at give unge med psykiatriske problemer mulighed for at få en uddannelse og sikre at psykisk syge i kontanthjælpssystemet får den rette hjælp til at komme videre i deres liv. Vi skal bidrage til, at disse borgere ikke bliver fastholdt i en social udsat position.

Igennem de senere år har middellevetiden været stigende i Danmark, når vi ser på befolkningen som helhed. Imidlertid er denne udvikling især slået igennem blandt borgere med lang uddannelse og høj indkomst. I dag lever den dårligst stillede fjerdedel af danske mænd i gennemsnit 10 år kortere end den bedst stillede fjerdedel. For 25 år siden var forskellen 5½ år.

Undersøgelser tyder på, at 60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed kan forklares med rygning og alkohol. Det forhold vil vi tage højde for, når vi tilrettelægger både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Vi vil prioritere, at de befolkningsgrupper, som kan have særlig brug herfor, får tilbud, som kan medvirke til at reducere deres tobaks- og alkoholforbrug.

Det vil vi måles på:

- Vi reducerer forskellen mellem den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom og den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed.
- Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som kan bidrage til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol.
- Vi udbreder fortsat de gode erfaringer med kommunikationsstandarder fra somatikens område til psykiatrien.

1.3 Sundhed med sammenhæng

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted.

Siden den første sundhedsaftale blev indgået i 2006, er vi i Syddanmark nået langt, når det handler om at arbejde sammen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Mange spørgsmål, der dengang var problematiske, er blevet afklaret.

Det er samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb (SAM:BO) et af de gode eksempler på. SAM:BO lægger rammen for, hvordan indlæggelse på og udskrivning fra sygehuset foregår, og bidrager dermed til, at borgeres forløb ind i og ud af sygehuset kan ske godt og gnidningsfrit. Syddanmark er i den sammenhæng en foregangsregion.

Sundhedsaftalen for 2015-18 skal føre os endnu længere i den retning, rykke os tættere sammen og gøre samarbejdet mere forpligtende.

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling og rehabilitering, der hænger sammen. Hvor alle parter leverer det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted ud fra en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov. Hvor der er et klart fokus på indsatser af en god faglig standard. Det mål når vi kun, hvis alle de medarbejdere, som bidrager til borgernes forløb, anvender deres kompetencer bedst muligt i samarbejde med borgeren. Sådan udnytter vi de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet rigtigt og får mest mulig sundhed for pengene.

Vi skal kunne imødekomme borgernes behov på det laveste effektive omkostningsniveau – f.eks. skal vi undgå forebyggelige sygehusindlæggelser. Vi vil fortsat sørge for, at sygehuspatienter, der er færdige med deres behandling, kan blive udskrevet.

Det kræver først og fremmest en klar arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner. Men det kræver også, at alle parter ser ud over deres egne ansvarsområder og har øje for, at de sammen med andre indgår som led i en kæde, som skal hænge sammen, hvis borgernes forløb gennem sundhedsvæsenet skal være optimale. Sundhedsaftalen giver grundlaget både for en klar arbejdsdeling og for et velfungerende og gensidigt forpligtende samspil mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Almen praksis skal fortsat spille en nøglerolle, som er helt afgørende for at sikre sammenhængen i borgernes forløb. Det skal også fremover være almen praksis, som tager sig af de fleste patienter og vurderer, om de har behov for at blive sendt videre til sygehuset eller til et kommunalt sundhedstilbud. Vi vil bidrage posi-

tivt og konstruktivt til at udvikle rammerne om almen praksis sådan, at mulighederne for at indgå gensidigt forpligtende aftaler om arbejdsdeling og samarbejde styrkes. Det vil vi gøre med udgangspunkt i den gældende lovgivning og overenskomst.

Der er brug for at nytænke, hvordan vi arbejder sammen på tværs i sundhedsvæsenet – især når det handler om særligt udsatte grupper som ældre medicinske patienter og sårbare personer med en psykisk eller kronisk lidelse. Grupper, som er særligt afhængige af, at vores tilbud hænger sammen. Derfor skal vi i region, kommuner og almen praksis være åbne over for at afprøve nye og mere integrerede samarbejdsmodeller.

Borgerens forløb gennem sundhedsvæsenet er tit meget komplekst. På et givet tidspunkt sker der ikke bare én ting ét bestemt sted i systemet. Mange ting sker samtidig forskellige steder. Den kompleksitet skal vi blive bedre til at håndtere – ligesom borgerne skal kunne være trygge ved, at kvaliteten i alle sundhedsvæsenets led er i orden.

En afgørende forudsætning, for at dette mål kan indfries, er, at vi på alle områder arbejder systematisk med at dokumentere, måle og evaluere effekterne af det, vi gør – og dermed får et godt vidensgrundlag, som vi kan handle ud fra. Når dokumentationen taler for det, skal vi forpligte os til at arbejde efter kliniske retningslinjer, instrukser og behandlingsstandarder, der tilsammen omfatter hele borgerens forløb. Det giver os en fælles ramme for at sikre og udvikle kvaliteten på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

Det vil vi måles på:

- Vi får færre uhensigtsmæssige og forebyggelige (gen)indlæggelser.
- Vi udvikler mål for kvaliteten og effekten af det vi gør, som går på tværs af sektorer.
- Vi afprøver integrerede samarbejdsmodeller.