



Åbne tematiske spørgsmål til 2. generation af sundhedsaftaler

De nuværende sundhedsaftaler mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner gælder for den indeværende valgperiode og der skal indgås en ny generation af sundhedsaftaler for valgperioden 2010-2013. Det vil derfor være de nye kommunalbestyrelser, der godkender 2. generation af sundhedsaftaler, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2010.

Processen med forberedelse af de nye aftaler går dog i gang inden da og i Region Hovedstaden er det aftalt, at forberedelsen af næste generation af sundhedsaftaler indledes med en politisk drøftelse af målene for den næste generation af sundhedsaftaler.

Følgende spørgsmål berører nogle af de temaer, som det vil være relevant at drøfte som led i en fastsættelse af mål:

1) Hvor meget skal der investeres på sundhedsområdet i kommunerne?

Sundhedsaftalerne dækker blandt andet indsatsområderne genoptræning og patientrettet forebyggelse med fokus på kronisk sygdom, men også emner der går på tværs af indsatsområderne, som fx elektronisk kommunikation og kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedsydelser. Hvilke tanker er der i kommunerne om den fremtidige udvikling og ressourcer på sundhedsområdet?

Det kan blandt andet være følgende overvejelser:

- Hvilke sundhedsydelser vil kommunerne tilbyde fremadrettet?
Som konkrete områder til drøftelse kan nævnes:
 - kronisk sygdom
 - genoptræning mv.
- Hvilke redskaber vil man investere i, herunder elektronisk kommunikation, nye teknologiske muligheder som fx telemedicin og tryghedsløsninger, implementering af Den Danske Kvalitets Model osv. ?
- Sammenhængen til den borgerrettede forebyggelse i kommunerne?
- Nye samarbejdsmodeller mellem kommune og region, herunder samfinansiering af indsatser?

Som eksempel betyder den kommunale medfinansieringsmodel, at kommunerne umiddelbart har et begrænset incitament til at investere i forebyggelse. Region og kommune kan derimod have en fælles interesse i at samarbejde om at aflaste sygehusvæsenet ved at satse på sundhed og forebyggelse. Hvilke samarbejds- og samfinansieringsmodeller kan muliggøre en fælles indsats? Er kommunerne interesseret i at investere i forebyggelse, hvor gevinsten først viser sig langt senere? Hvordan sikres det, at sektorgrænser og det, at regionen aflønnes på baggrund af aktiviteter, ikke spænder ben for en helhedsorienteret indsats?

2) I hvor høj grad skal sundhedsaftalerne være styret af politiske mål fra de enkelte kommuner?

Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og Sundhedsstyrelsens vejledning herom opstiller en række krav til indhold og rammer for samarbejdet, herunder beskrivelse af arbejdsdelingen, koordinering og kommunikation omkring indsatser, planlægning og styring af kapacitet, udvikling og kvalitetssikring samt opfølgning på sundhedsaftalen.

Derimod stilles der ikke krav om specifikke politiske mål for samarbejdet, men hvis sundhedsaftalerne i højere grad skal være et politisk redskab samtidig med at det fortsat er et administrativt samarbejdsredskab, hvordan kan man så håndtere dette?

3) Hvor høj en grad af ensartethed på tværs af de 29 kommuner skal der være i 2. generation af sundhedsaftaler?

I første generation af sundhedsaftaler var der en meget høj grad af ensartethed på tværs af alle kommuner i regionen. Hvad er de enkelte kommuners ønsker til graden af ensartethed fremover? Er der nogle af de 6 obligatoriske indsatsområder i aftalen, hvor der er større behov for eller ønske om ensartethed end andre?

Et eksempel kunne fx være i forhold til varsling af udskrivning.

4) Hvordan vil kommunen implementere de politiske mål sammen med almen praksis?

Sundhedsaftalerne berører i høj grad samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne. Hvordan ser politikerne samarbejdet med almen praksis om sundhedsaftaler udvikle sig og har man gjort sig særlige erfaringer lokalt, som kan anvendes i det videre arbejde?

Som eksempel kan nævnes mål om at understøtte etablering af læge-/sundhedshuse.

5) Hvor går balancen mellem detaljestyling og det kommunale selvstyre på sundhedsområdet?

Den Danske Kvalitetsmodel er et eksempel på at der lægges meget detaljerede rammer ned over kommunernes håndtering af de nye sundhedsopgaver. Kvalitetsstandarderne vil også påvirke arbejdet med at realisere sundhedsaftalen mellem kommune og region. Hvad er kommunernes ønsker eller holdning til den videre udvikling?

Som eksempel kan nævnes et mål om ensartet kvalitet i kommunale sundhedstilbud på tværs af de 29 kommuner.

6) Organisering af akutområdet

Hvordan ser kommunerne på et mere integreret samarbejde om akutområdet og eventuel overtagelse af opgaver på området?

Som eksempel kan fremhæves allerede eksisterende kommunale tiltag/tilbud på akutområdet.

7) Dokumentation og forskning i kommunerne

Regionen har lavet en fælles forskningspolitik - skal kommunerne også have det, så det sikres at der forskes i kommunale sundhedsopgaver?

I arbejdet med eksempelvis de færdigbehandlede patienter står det klart at kommunernes data, dels generelt er mangelfulde, dels er dårligt sammenlignelige med regionens. Hvordan sikres sammenhæng i dokumentationen mellem kommune og region?

8) Integration og konneks mellem sundhed (sygehusbehandling) og hjemmeplejen

De syge ældre fylder rigtig meget - både på hospitaler og i kommuner. Meget tyder på at der mangler koordination og måske en gensidig forpligtelse til at beskæftige sig specifikt med den gruppe? Hvordan kan den anden generation af sundhedsaftaler medvirke til at få de to områder forbundet bedre?

Eventuelt udarbejde faktaark om sundhedsaftaler som bilag