



Fire bud på forsøg med fælles finansiering

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Lægeforeningen og Danske Patienter går med dette papir sammen om at pege på fire konkrete indsatser, hvor der er mulighed for at løfte kvaliteten i patientforløb gennem fælles finansiering mellem regioner og kommuner:

- Akutfunktioner
- Forløbskoordination
- Psykiatrhuse
- Sundhedshuse

De fire områder har det til fælles, at samarbejdet mellem sektorerne her er af særlig stor betydning for kvaliteten af patienternes forløb. Regioner og kommuner varetager forskellige opgaver på de fire områder, men er helt afhængige af hinandens kapacitet og kompetencer for at kunne sikre patienterne sammenhæng og kvalitet gennem det samlede pleje- og behandlingsforløb. Det er baggrunden for, at vi i første omgang anbefaler netop disse områder som relevante til afprøvning af fælles finansiering.

Anbefaling

Vi anbefaler, at der med den kommende økonomiaftale iværksættes forsøg, hvor en del af puljen gives til regionerne og kommunerne som samlet aktør. Det kan også ske som del af den økonomiske ramme ved større nationale initiativer.

Forsøgene skal vise, om fælles finansiering med tilhørende fælles ledelse og fælles planlægning kan minimere den kassetænkning, som i dag er en generel barriere for sammenhængende patientforløb og høj behandlingskvalitet i det danske sundhedsvæsen.

Forsøg med fælles finansiering skal iværksættes med en planlagt evaluering, efter en fastlagt periode og i en skala, som gør det muligt at udlede valide resultater. Det skal sikre et godt grundlag for at vurdere, om den fælles finansiering skal implementeres permanent.

Der er behov for at afprøve nye tiltag, som har til formål at sikre bedre og mere sammenhængende forløb for patienterne. Fælles finansiering – med tilhørende fælles ledelse og fælles planlægning af indsatser – kan være nøglen til at fremme det tværsektorielle samarbejde, som er en forudsætning for at realisere målet om bedre patientforløb.

Forsøg med fælles finansiering har potentiale til at gøre op med de u hensigtsmæssige incitamentsstrukturer og skabe langt bedre forudsætninger for sammenhængende forløb, hvor patienterne bliver mødt af den rette sundhedsfaglige kompetence på det rette tidspunkt.



Formålet er at give alle patienter og pårørende den behandling og pleje, der er nødvendig i lige netop dén institution, der er bedst egnet til at forstå og håndtere behovene og sikre sammenhæng på tværs. Det handler både om at sikre en bedre koordination, en effektiv ressourceudnyttelse, høj kvalitet i den sundhedsfaglige indsats og de nødvendige pleje- og behandlingsmuligheder.

Manglende sammenhæng er en af sundhedsvæsenets hovedudfordringer. Mens patienters forløb i stigende grad går på tværs af kommuner og regioner, oplever mange patienter, at hver sektor udfører deres indsatser isoleret uden den nødvendige helhedsorientering. Det går ud over kvaliteten i mange forløb. Udfordringen er særlig stor for patienter med kroniske sygdomme og komplekse forløb. Derfor skal udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen ikke ske isoleret, men i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

Manglende sammenhæng i patientforløb er ikke en ny problematik. Løsningerne har hidtil været forskellige strukturelle greb, hvis formål har været at tydeliggøre eller ændre ansvarsfordelingen mellem sektorer og specialer. Det har ikke løst problemerne. De økonomiske incitamenter, der er blevet indført i et forsøg på at bløde sektorgrænserne op, har ikke haft den ønskede og nødvendige effekt, men har i stedet ført til uhensigtsmæssige forløb, der for eksempel er endt med unødige genindlæggelser.

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Lægeföreningen og Danske Patienter anbefaler hermed, at forsøg med fælles finansiering på følgende udvalgte områder bliver en central løsning til sikring af bedre sammenhæng og kvalitet under det igangværende arbejde for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

De fire indsatser

Akutfunktioner i kommunalt regi

De kommunale akutfunktioner er et tilbud til patienter, der har brug for en særlig indsats i – eller tæt på – eget hjem. Det kan enten handle om at forebygge forværring af en akut opstået eller kendt sygdom, eller det kan handle om en opfølgning på hospitalets pleje- og behandlingsindsats, hvor patienten efter udskrivelse stadig har komplekse behov for pleje og behandling. Akutfunktionerne yder således indsatser, som ofte kræver tæt samarbejde med hospital og almen praksis afhængig af den enkelte patients behov og tid på døgnet, og samtidig er der behov for en god overlevering mellem sektorerne i forhold til patientens behov for pleje.

Antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre peger på, at der er behov for et styrket samarbejde. I 2013 var 14,6 procent af alle indlæggelser i aldersgruppen 65+ forebyggelige¹ og altså nogle, der med fordel kunne klares i det nære sundhedsvæsen.

¹ KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Finansministeriet (2014): *Forebyggelse af indlæggelser – Synlige resultater*. http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014.ashx



Akutfunktionerne er dermed et område, hvor økonomiske incitament og kassetænkning ikke må blive en barriere for en helhedsorienteret indsats – og derfor et meget relevant område at iværksætte forsøg med fælles finansiering og fælles planlægning af indsatsen.

Tværasektoriel forløbskoordination

Alle patienter bør kunne tage for givet, at deres forløb i sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i deres særlige behov. Sådan er det desværre ikke i dag, hvor regioner og kommunernes økonomi ofte kommer til at stå i centrum for beslutningerne. Det har som konsekvens, at mange patienter oplever, at deres forløb ikke er veltilrettelagt på tværs af indsatser og sektorer, herunder at der ikke sker den nødvendige overlevering af viden, så patienterne kan føle sig trygge.

Med *den patientansvarlige læge* søger man at skabe bedre koordination af patientens behandlingsforløb på hospitalet. For mange patienter finder store dele af koordinationen imidlertid sted *efter*, at de er blevet udskrevet. Det handler blandt andet om rehabiliteringsindsatser, koblingen til hverdagslivet, sammenhængen på tværs af indsatser i hjemmet og på hospitalet samt forløbet efter afslutning af behandlingen. Hjemmeplejen og almen praksis varetager her flere opgaver i forhold til koordination, men for en gruppe af patienter kan der være behov for en yderligere indsats via tværasektoriel koordinering.

Det er især blandt de 20 procent af danskerne, som lever med en kronisk sygdom (herunder 15 procent med multisygdom^[1]), at mange føler sig overladt til sig selv, når de skal have styr på forløbet. Da der er tale om patienter i komplekse forløb med forskellige behov, kan koordinationen ikke tilskrives én faggruppe eller et bestemt tidspunkt i forløbet. I stedet kan der arbejdes med forskellige koordinationsmodeller, der kan favne kompleksiteten.

På den baggrund anbefaler vi forsøg med fælles finansiering og ledelse af koordinatore, som har tilhørsforhold og kendskab til begge sektorer og kan skabe et bindeled mellem hospitalet og de borgernære indsatser – noget, der efterspørges af patienterne².

Psykiatrhuse

Patienter med psykiske lidelser har i løbet af deres sygdomsforløb ofte skiftende behov for hjælp fra de kommunale og regionale tilbud. Men for den enkelte patient – og eventuelt pårørende – kan det være svært at orientere sig i, hvor man skal henvende sig. Samtidig kan de separate tilbud medføre, at den samlede indsats mangler sammenhæng og kontinuitet.

Derfor er der også på psykiatrimrådet behov for at udvikle nye organisatoriske modeller for fælles finansiering og ledelse. Et godt eksempel er Psykiatriens Hus i Silkeborg, som danner fælles ramme for den kommunale socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri. Huset sikrer en tæt koordinering af sektorernes indsatser og fungerer som én indgang, så borgeren kan få de rette

^[1] SSI (2015): *Borgere med multisygdom*. [file:///dpv-fil01/RDSredir\\$/jk.danskepatienter/Downloads/Borgere%20multisygdom.pdf](file:///dpv-fil01/RDSredir$/jk.danskepatienter/Downloads/Borgere%20multisygdom.pdf)

² Danske Regioner (2016): *Projektbeskrivelse: Helhedsorienterede patientforløb (udkast)*.



FOA



tilbud ved første kontakt³. Den samarbejdsmodel, som psykiatrihuse er udtryk for, bør understøttes og udbredes via forsøg med fælles finansiering.

Sundhedshuse

I de seneste år er der set eksempler på, at de lokale sundhedstilbud samles under ét tag i såkaldte sundhedshuse⁴ for blandt andet at styrke forebyggelse og rehabilitering. Der er her et stort potentiale for at øge samarbejdet på tværs, men evalueringer peger på, at man først opnår det fulde udbytte, når man får etableret mere end blot fælles fysiske rammer⁵.

Derfor bør det afprøves, om fælles finansiering og fælles ledelse kan sikre, at behandlingen ikke sker ud fra en monofaglig tilgang og isolerede institutionsinteresser, men derimod med et fælles mål og ud fra en tværfaglig indsats.

Det skaber værdifuld sammenhæng for patienten og for de sundhedsprofessionelle, at der hele tiden er viden og enighed om, hvad det forudgående, nuværende og næste skridt i behandlingen er. Herunder har det vist sig, at samarbejde med delemedarbejderordninger mellem sundhedshuse og lokale hospitaler bidrager til et højere vidensniveau og en rød tråd i forløbet for patienter og deres pårørende⁶.

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Lægeforeningen og Danske Patienter håber, at Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil tage forslaget til seriøs overvejelse og stiller sig gerne til rådighed for at uddybe det.

De bedste hilsner

Camilla Hersom
Formand
Danske Patienter

Grete Christensen
Formand
DSR

Andreas Rudkjøbing
Formand
Lægeforeningen

Karen Stæhr
Sektorformand
FOA

³ Ifølge Region Midtjylland har samarbejdet i Psykiatriens Hus givet et markant fald i indlæggelser/genindlæggelser og større patienttilfredshed.

⁴ Der er ingen officiel definition af, hvad betegnelsen *sundhedshus* dækker over, men organisationerne tager her udgangspunkt i enheder, der er placeret i borgernes nærmiljø, og som kobler tilbud fra lægehus, det kommunale sundhedsvæsen og eventuelt ambulante funktioner.

⁵ Se for eksempel KORA's evaluering af Nakskov Sundhedscenter og Kalundborg Sundheds- og Akuthus samt Lægecenter: <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i11127/Nakskov-Sundhedscenter-og--Kalundborg-Sundheds--og-Akuthus-samt-Laegecenter>

⁶ Rehabiliteringscenter Aalborg er et eksempel på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor delemedarbejdere har skabt værdi for patienter, pårørende og personale.