

Forslag til ny organisering af det tværsektorielle samarbejde om sundhed

I regi af sundhedsaftalen har kommunerne, regionen og almen praksis opbygget en samarbejdsorganisation, der har kunnet løse en række fælles udfordringer. Mange repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og regionen har været i arbejdstøjet og har stillet op til arbejdsgrupper og temagrupper.

I den nuværende organisation bestående af sundhedsstyregruppe, temagrupper (og andre tværsektorielle grupper) samt klynger, har der især været fokus på at få i gang sat fælles forpligtende initiativer. Eksempelvis omlægning af rehabiliteringsindsatsen for borgere med hjertesygdom, udbredelse af TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom), milepæle for akutområdet og aftale om fælles gravidteam. Den nuværende organisering med temagrupperne har også været hensigtsmæssig i forhold til selve udviklingen af sundhedsaftalen.

Flere oplever dog, at vi nu er kommet til et punkt, hvor organiseringen opleves som kompleks og svær at overskue, samt at mandatet for de forskellige grupper kan være uklart. Samtidig er der i nogle klynger et ønske om at styrke udviklingen af indsatser i sundhedsaftalen lokalt via klyngerne.

På baggrund af erfaringerne med sundhedsaftalearbejdet indtil nu tegner der sig således nogle opmærksomhedsområder, herunder hvordan vi fremadrettet bedst sikrer:

- Agilitet i arbejdet med sundhedsaftalen
- Udvikling af nye indsatser – fx via lokale prøvehandling
- Beslutningskraft i forhold til aftaler og initiativer på tværs af kommuner og hospitaler (én sundhedsaftale, der skal udmøntes i kommuner og region)
- Ejerskab på alle niveauer (politisk og administrativt)
- Et effektivt samspil mellem det centrale niveau (Sundhedsstyregruppen og tværgående grupper) og klynger
- Et hensigtsmæssigt forbrug af ressourcer.

Det vurderes derfor, at samarbejdsformen trænger til en sanering og tilpasning i forhold til behovene i dag.

Principper for ny organisering

Fokus er først og fremmest på at få et mere agilt set-up, der både kan sikre udviklingskraft og ejerskab lokalt (kommune-/hospitals-/klyngeniveau) samt beslutningskraft i forhold til fælles forpligtende aftaler på tværs.

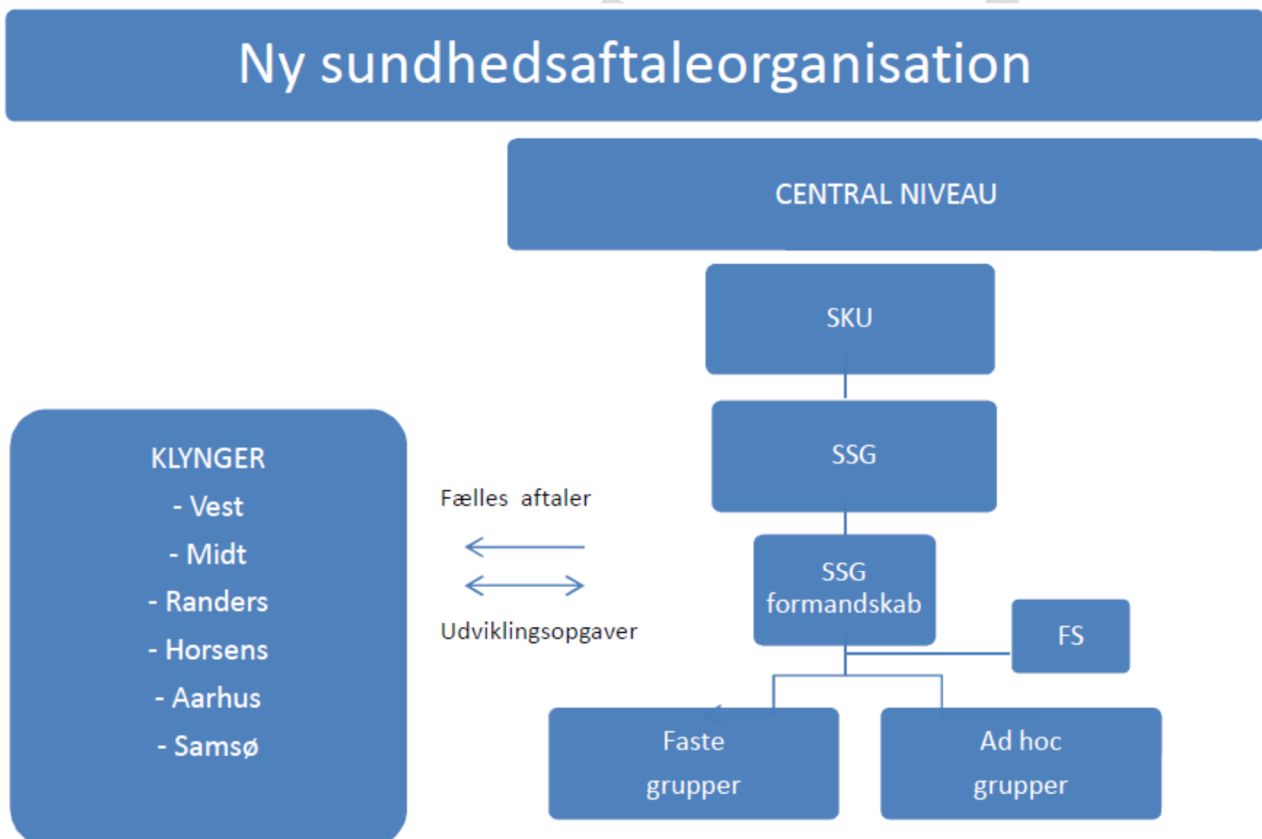
En udfordring er her at skabe den rette balance mellem udvikling af nye (forskellige) indsatser lokalt og udmøntningen af én fælles sundhedsaftale på tværs.

De centrale elementer i forslaget til ny organisering er:

- At fælles aftaler og skal-opgaver fortsat løftes i regi af Sundhedsstyregruppen, og der etableres efter behov opgavefokuserede ad hoc grupper – og færre grupper samlet set.
- At ad hoc grupperne i højere grad sammensættes af ressourcepersoner ud fra kompetence frem for geografisk repræsentation
- At flere opgaver placeres i klyngerne (fremfor i temagrupper)
- At den tværgående koordinering og opfølgning sker via et fællessekretariat
- At der på udvalgte områder bevares faste grupper (fx i forhold til psykiatri voksne, psykiatri børn, fødeplanudvalget, hjælpemidler og behandlingsredskaber, hjerneskadesamråd voksne, hjerneskadesamråd børn og teknisk-administrativt udvalg på tandområdet). Endvidere etableres på udvalgte områder faste støttefunktioner (fx økonomi og kvalitet) til Sundhedsstyregruppen.

Overordnede ansvarsområder

Grundstrukturen i den nye organisering af det tværsektorielle samarbejde om sundhed kan illustreres således:



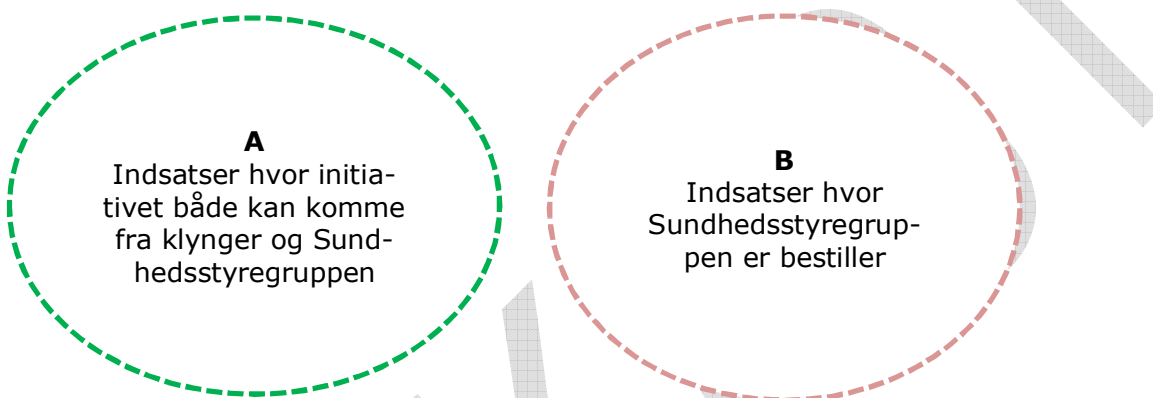
Opgaver på det centrale niveau varetages af Sundhedskoordinationsudvalget, Sundhedsstyregruppen, et fællessekretariat samt enkelte faste grupper og ad hoc grupper. Samtidig skal klyngerne have en styrket rolle i forhold til udvikling og afprøvning af nye løsninger med henblik på spredning i hele regionen.

- **Sundhedskoordinationsudvalget**
Sundhedskoordinationsudvalget er det tværsektorielle politiske organ for sundhedsaftalesamarbejdet.
- **Sundhedsstyregruppen**
Sundhedsstyregruppen er det øverste administrative organ i det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde. Sundhedsstyregruppen sætter strategisk retning og træffer de overordnede strategiske beslutninger for sundhedsaftalesamarbejdet og for den overordnede implementering af sundhedsaftalen. Sundhedsstyregruppen vil endvidere behandle sager af væsentlig økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig betydning herunder skalering og udbredelse af initiativer. Sundhedsstyregruppen forbereder sager til Sundhedskoordinationsudvalget.
- **Sundhedsstyregruppens formandskab**
Sundhedsstyregruppens formandskab forbereder i samarbejde med et fællessekretariat sager til Sundhedsstyregruppen, herunder træffer beslutninger der kan afklares i formandskabet.
- **Klynger**
Klyngerne skal have en central rolle i forhold til udvikling og afprøvning af nye løsninger med henblik på spredning til hele regionen. Desuden vil klyngerne skulle stå for at implementere de samarbejdsaftaler, der indgås i regi af Sundhedsstyregruppen. Derudover kan klyngerne vælge at prioritere andre områder og tiltag inden for sundhedsaftalen.
- **Fællessekretariat**
Den tværgående koordinering og opfølgning varetages via et fællessekretariat med et arbejdende formandskab. Fællessekretariatet skal sikre koordinering og igangsættelse af de faglige opgaver, der tidligere ville være blevet løst i temagrupperne, herunder også udpegninger til forskellige ad hoc grupper. Sekretariatet skal endvidere sikre, at de relevante sager bringes ind i Sundhedsstyregruppen, og at der tilvejebringes et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag.
- **Ad hoc grupper**
Der etableres efter behov ad hoc grupper til at løfte forskellige typer af tværgående opgaver som fx udarbejdelse af forslag til fælles aftaler, tværgående analyser o.lign. Konkret vil der være behov for en gennemgang af alle nuværende tværsektorielle grupper under Sundhedsstyregruppen med henblik på at vurdere hvilke opgaver, der fortsat skal løftes på det centrale niveau i en ad hoc gruppe.
- **Faste grupper**
På udvalgte områder vil der i begrænset omfang fortsat være behov for faste grupper. Herudover kan der være behov for en støttefunktion i forhold til Sundhedsstyregruppen, fællessekretariatet og ad hoc arbejdsgrupperne – fx en Triple Aim gruppe, der understøtter og sikrer, at beslutningsoplæg er tilstrækkeligt belyst med afsæt i triple aim

herunder, at den efterfølgende monitorering og kvalitetsopfølgning i tilstrækkeligt omfang belyses med afsæt i triple aim.

Den skitserede organisation afspejler kun det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Herudover vil der fortsat være behov for mødefora m.v. for samarbejdet internt i de enkelte sektorer. Fx vil omdrejningspunktet for det tværkommunale samarbejde fortsat være den kommunale styregruppe på sundhedsområdet (KOSU) og den kommunale sundhedsstrategiske gruppe (DKS), ligesom der inden for praksissektoren samt på tværs af hospitalerne findes fora til intern koordination.

Samspil mellem klynger og Sundhedsstyregruppen



Et centralt element i forslaget til organisering er et nyt samspil mellem klynger og Sundhedsstyregruppen.

Overordnet kan der skelnes mellem to typer af processer, der kan bringes i spil i implementeringen af sundhedsaftalen og andre tværsektorielle tiltag (fx som følge af nationale handlingsplaner eller ny lovgivning).

Nogle indsatsområder vil blive udfoldet på den måde, at initiativet til indsatser både kan komme fra klynger og Sundhedsstyregruppen (procestype A). Det kan eksempelvis være, at én eller flere klynger udvikler løsninger på en sundhedsudfordring, som efterfølgende eventuelt kan udbredes til hele regionen. Den konkrete proces aftales i dialog mellem Sundhedsstyregruppen og klynger.

På andre områder vil Sundhedsstyregruppen have rollen som bestiller i forhold til klyngerne (procestype B). Der kan fx være tale om implementering af fælles forpligtende aftaler, eller at en udvalgt klynge står for at gennemføre prøvehandlinger på et bestemt område.

Eksempler på de to typer af processer:

A. Tilknytning til arbejdsmarkedet

Et mål for sundhedsaftalen er, at borgere fastholder tilknytning til arbejdsmarkedet på

trods af sygdom. Det er derfor aftalt, at der skal udvikles modeller, hvor der i højere grad kan skabes koordinering og sammenhæng mellem behandling, træning og rehabiliteringsindsatsen og arbejdsmarkedsforløb både internt i sektorerne og på tværs af sektorerne (Sundhedsaftalen s. 49). Et antal klynger udvikler og afprøver på denne baggrund modeller. Erfaringer og anbefalinger drøftes med Sundhedsstyregruppen med fokus på evt. potentiale for spredning.

B. Revision af forløbsprogram (fx hjertesygdom)

Et indsatsområde i Sundhedsaftalen er at sikre en forebyggende og sammenhængende indsats til borgere med kronisk sygdom, herunder at de fælles forløbsprogrammer revideres. Forløbsprogrammerne skal understøtte en fælles tilgang og arbejdsdeling på tværs af sektorerne i hele regionen. Der nedsættes derfor en ad hoc gruppe, der inden for en tidsbegrænset periode udarbejder forslag til revideret forløbsprogram. Forslaget godkendes administrativt i Sundhedsstyregruppen og politisk i Sundhedskoordinationsudvalget (samt evt. også i kommuner og region). Herefter har klyngerne ansvaret for at implementere forløbsprogrammet.

Der vil her være behov for, at Sundhedsstyregruppen for hvert indsatsområde i Sundhedsaftalen beslutter hvilken type proces, der skal bringes i spil.

Opmærksomhedsområder

- **Balance og prioritering af indsatser**

Der skal sikres den rette balance mellem udvikling af nye (forskellige) indsatser lokalt og udmøntningen af én fælles sundhedsaftale på tværs. En forudsætning for at få den nye organisering er således, at der løbende sker en prioritering af hvilke indsatser, der skal løftes på det centrale niveau og i klyngerne. Der er behov for tydelighed omkring roller og opgaver.
- **Repræsentation i arbejdsgrupper**

Den nye organisering bygger på en taskforce-tilgang. Dvs. øget brug af ad hoc grupper, der nedsættes til at løse en specifik opgave i en tidsbegrænset periode. Ad hoc grupperne sammensættes af ressourcepersoner med særlige kompetencer i forhold til opgaven og med afsæt i et helhedssyn i forhold til forløb og borger. Den enkelte kommune eller hospital vil derfor ikke altid være repræsenteret i gruppen, hverken direkte eller via en klyngerepræsentant. Det forudsætter tillid og mandat på tværs af organisationerne til, at udvalgte repræsentanter løser udvalgte opgaver på vegne af alle.
- **Mandat og ressourcer i fællessekretariat**

Der er allerede i dag et fællessekretariat for sundhedsaftalen. Fællessekretariatet består af kontorchef og to medarbejdere fra Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland, næstformand for KOSU, KKR-konsulent og KOSU-sekretariatet. Forslaget indebærer, at fællessekretariatet vil skulle løfte en større koordineringsopgave end i dag og have kompetence til at træffe beslutninger i forhold til processer. Modellen fordrer derfor, at fællessekretariatet sikres et tydeligt mandat og ressourcer. Som følge af at klyngerne kommer til at varetage et større udviklingsarbejde med henblik på senere spredning, vil der

26.05.2016

være behov for en tættere dialog og koordinering mellem klyngernes sekretariater og fællessekretariatet.

- **Psykatri**

Samarbejdet om borgere med psykisk sygdom er ikke organiseret i klynger på samme måde som på de somatiske områder, hvilket der skal tages højde for i den endelige organisering.

UDKAST