

Intentionerne bag samarbejdsmodellen mellem regioner og kommuner om sundhedsfaglig rådgivning og klinisk funktion

Baggrund

Med reform af førtidspension og fleksjob pr. 1. juli 2013 blev der etableret en ny samarbejdsmodel mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning, herunder sundhedskoordinatorfunktionen og klinisk funktion. Modellen skulle gælde i forhold til borgere i målgruppen for ressourceforløb, førtidspension og fleksjob.

Den nye samarbejdsmodel blev etableret på baggrund af et politisk ønske om at fastlægge et struktureret samarbejde mellem borgeren, kommunen, region og den praktiserende læge.

Den nye model skulle minimere de forskellige risici som aktørerne oplevede med de tidligere samarbejdsrelationer:

- *Borgere* oplevede at komme i ”klemme” mellem kommune, den kommunale lægekonsulent og de forskellige læger (praktiserende læge og speciallæger) involveret i deres sag. Samtidig oplevede mange borgere, at de - som led i at få afklaret deres arbejdsevne - skulle igennem en række af arbejdsprøvnings uden mål og retning i forhold til arbejdsmarkedet.
- *Kommuner* oplevede, at det kunne være svært at få klare svar fra sundhedsvæsnets. Hvor, hvornår og hvem er de rette samarbejdsparter? Hvornår er en borger tilstrækkelig helbredsmæssigt afklaret? Kommuner oplevede endvidere, at det var nødvendigt at hente flere og gentagede speciallægeerklæringer på den enkelte borger for at dokumentere sagsbehandlingen.
- *Regionerne* oplevede at ”miste” overblikket over ressourcetrækket på eget system. Kommunernes træk på praktiserende læger, speciallæger og sygehusvæsnets skete ikke efter en systematisk model.
- *De praktiserende læger* fik oplevelsen af at udarbejde erklæringer, som det var svært at se formålet med og som lægerne følte tog tiden fra arbejdet med patienterne.

Sigtet med den nye samarbejdsmodel er:

- at støtte kommunerne i at håndtere helbredsudfordringer i indsatsen for en gruppe udsatte borgere. Helbredsudfordringer skal afklares og håndteres parallelt med beskæftigelses- og socialindsatsen.
- at sikre en entydig indgang til sundhedsvæsnets for borgere og kommunen og dermed en klar struktur for et målrettet samarbejde mellem kommuner og regioner.
- at modvirke tendensen til at nogle kommuner opbygger parallelle sundhedssystemer for at håndtere udsatte borgere.
- at reducere risikoen for, at kommuner indhenter unødige speciallægeerklæringer.

Modellens intentioner

Den nye samarbejdsmodel mellem regioner og kommuner om sundhedsfaglig rådgivning via sundhedskoordinatorerne og klinisk funktion i forhold til udsatte borgere tager afsæt i følgende intentioner i forhold til de involverede aktører:

Borgerne skal opleve:

1. at der er et klart sigte på job og uddannelse i den indsats, der sættes i gang for dem, og at de sikres indflydelse og ejerskab til indsatsen.
2. at indsatsen mellem de aktører, der er involveret i borgerens sag er koordineret og retningsbestemt. Borgeren skal ikke risikere at blive ”kastebold” mellem aktørerne i modellen. Det gælder mellem kommune og sundhedsvæsen, men også internt i kommunen og i mellem forskellige læger i sundhedsvæsenet.
3. at kommunen har fokus på at udvikle borgerens arbejdsevne, fremfor igennem serier af arbejdsprøvninger at få en afklaring af, hvad borgeren ikke kan.

Kommunerne skal opleve:

1. at få en kvalificeret ”vejviser” i sundhedsvæsenet. En ”vejviser”, der kan bidrage til, at udsatte borgere, som er helbredsmæssigt afklaret ikke risikerer at få gentagede ”karruselture” i sundhedssystemet: Og samtidig sikre, at borgere, der mangler en helbredsmæssig afklaring får det.
2. at få let adgang til hjælp til at håndtere kompleksiteten i sundhedsvæsenet.
3. at der sker en reduktion i anvendelsen af ressourcer til ydelser fra sundhedssystemet. Det gælder især en reduktion i indhentelse af speciallægeerklæringer og øvrige erklæringer.

Regionerne skal opleve:

1. at de gennem samarbejdsmodellen som kvalificeret vejviser for kommunerne i langt højere grad får mulighed for at styre trækket på eget system.
2. at modellen bidrager til at sikre, at de mennesker, der visiteres til undersøgelse og behandling i sundhedssystemet i sundhedssystemet reelt er syge og har behov for behandling .
3. at der skabes bedre vilkår for at etablere faglige miljøer i sundhedssystemet, der kan understøtte og håndtere indsatsen for udsatte borgere.

De praktiserende læger skal opleve:

1. at deres tid bruges på at behandle syge mennesker. Lægerne skal ikke have oplevelsen af at udfylde attester, som der ikke er et klart formål med.
2. at der reelt er mulighed for at samarbejde med kommunerne og den regionale del af sundhedssystemet om udsatte borgere.
3. at der er transparens i forhold til, hvilke forløb, der iværksættes for lægens patienter i kommune og det regionale sundhedsvæsen.

Det var alt i alt formålet med modellen, at samarbejdet mellem kommuner og regioner skulle bidrage til følgende:

1. at udsatte borgere, der er helbredsmæssig afklaret skal have et klart signal fra sundhedsvæsenet om, at det er en social og beskæftigelsesrettet indsats, der skal til for at bringe dem tættere på job og uddannelse.
2. at de borgere, der har behov for en helbredsmæssig afklaring får det og at der parallelt med den sundhedsmæssige indsats iværksættes relevante sociale og beskæftigelsesrettede tilbud.