

Differentieringsmodellen for det tværsektorielle samarbejde (UDKAST 130116)

I Sundhedsaftalen 2015-2018 indgår, at der skal udvikles et differentieringsredskab til vurdering af samarbejdsniveau.

Sundhedsaftalens vision om mere lighed i sundhed betyder, at hvis borgerne skal have samme udbytte af sundhedsvæsenets ydelser, er det nødvendigt at behandle borgerne forskelligt. Det skal ske ud fra en tænkning om, at "de der kan selv - skal selv" og at "de, der er mest sårbare/socialt udsatte, skal have mere hjælp" for at sikre, at de får de sundhedstilbud og kommunale indsatser, der er relevante for dem. Desuden skal modellen medvirke til at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Modellen er et dialogredskab, som skal bruges i det tværsektorielle samarbejde til at afklare de gensidige forventninger til samarbejdsintensiteten omkring konkrete borgere.

Nedenstående model bygger på en vurdering af borgerens belastningsbalance, hvor en helhedsbetragtning af borgerens udfordringer og ressourcer til at håndtere disse afvejes. Det skal ske pba. en faglig vægtning af en række faktorer som sværhedsgrad af sygdom(me), sociale problematikker, grad af støttende netværk, samarbejde om egen sygdom, funktionsniveau samt sygdomserkendelse og -forståelse. Ud fra disse faktorer vurderes borgerens mulighed for mestring af egen sundhed og på baggrund heraf vurderes grad af samarbejde mellem parterne. Uanset på hvilket niveau borgeren har brug for hjælp – er det vigtigt altid at inddrage borgeren i samarbejdet i det omfang, som det er muligt.

Modellen kan ikke stå alene, men den er et supplement til andre gældende aftaler omkring det tværsektorielle samarbejde (fx samarbejdsaftaler).

Modellen er et dialogredskab med anbefalinger til samarbejde, og det konkrete samarbejdsniveau aftales videre mellem parterne. Modellen kan ikke anvendes til at angive konkrete ydelser hos andre parter.

| Niveau | Borgerens mestring af egen sundhed baseret på en sundhedsfaglig vægtning af flere faktorer: <ul style="list-style-type: none">▪ sværhedsgrad af sygdom(me)▪ sociale problematikker▪ grad af støttende netværk▪ samarbejde om egen sygdom▪ funktionsniveau▪ sygdomserkendelse og - | Grad af samarbejde mellem parterne: <ul style="list-style-type: none">▪ almen praksis▪ hospitaler▪ kommune▪ borger og netværk | Eksempler på redskaber: <ul style="list-style-type: none">• genoptræningsplan• udskrivningsaftale/ koordinationsplan• behovsskema borgere med kræft• rehabiliteringsplan• MedCom standarder• TOBS• 3303 |
|---------------|---|---|--|
|---------------|---|---|--|

| | forståelse | | |
|----------|---|--|--|
| Niveau 0 | Er den aktive part og kan selv | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning og epikrise ▪ Information til borgeren | |
| Niveau 1 | Er den aktive part, men har behov for let støtte | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning og epikrise ▪ Orientering til/fra kommunen ▪ Information til borgeren | |
| Niveau 2 | Er den aktive part, men har jævnligt behov for støtte på et eller flere områder | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning og epikrise ▪ Orientering til/fra kommunen ▪ Stillingtagen til behov for koordinerende fagperson ▪ Information til borgeren | |
| Niveau 3 | Deltager men har behov for en tæt koordineret indsats | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning og epikrise ▪ Orientering til/fra kommunen ▪ Information til borgeren ▪ Evt. behov for netværksmøde/udskrivningskonference ▪ Udpegning af koordinerende fagperson | |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| Niveau 4 | Deltager ikke og er helt afhængig af massiv støtte i flere sektorer; borgeren har i perioder behov for, at sundhedspersoner overtager ansvaret | <ul style="list-style-type: none">▪ Henvi sning og epikrise▪ Orientering til/fra kommunen▪ Information til borgeren▪ Evt. behov for netværksmøde/udskrivningskonference▪ Tværsektorielt og tværfagligt teambaseret samarbejde | |
|----------|--|---|--|