

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 V12 22.12.14 - 2015											
Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart											
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer											
Farvekode: Lighed i sundhed											
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet											
Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.											
<p><b>Faseopdeling:</b> <b>Fase 1</b> er den indledende administrative fase hvor kommissorier udarbejdes ud fra en overordnet beskrivelse af arbejdsopgaven og godkendes i DAS. Udpegningsprocessen gennemføres og arbejdsgruppen etableres og der indkaldes til 1. møde. <b>Fase 2</b> indeholder den forberedende fase hvor arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer projektbeskrivelse/plan for opgaveløsningen som evt skal godkendes af DAS. Arbejdsgruppen løser opgaven i henhold til kommissoriet og leverer produkter til godkendelse i DAS. Der indgår eventuelt en høringsfase og/ eller en pilotafprøvning. <b>Fase 3</b> indeholder forberedelse af implementering. arbejdsgruppens medlemmer skal eventuelt tilpasses af hensyn til inddragelse af de rette kompetencer. Der udarbejdes en implementeringsplan der eventuelt godkendes i DAS. Herefter kommer implementering.</p> <p><b>Økonomi:</b> Der skelnes mellem to standardformuleringer i forhold til de overordnede økonomibetrægtninger: 1) primært personaleressourcer og 2) Ekstra ressourcer til igangsættelse af aktiviteter og efterfølgende implementering</p>											
Indsats nr.	afsnit	Emne	Indsatsbeskrivelse	Opgaven	Tidsplan eventuelt opdelt i faser	Start	Slutdato	Organisatorisk forankring og ansvar for igangsættelse og gennemførelse af tidsplan	Kompetencer	Økonomi	Prioritering
1	2.1	Borgeren som aktiv	<b>Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.</b>	Nedsætte arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, almen praksis, hospitaler, region og patientinddragelsesudvalget. En første opgave er at definere nærmere, hvad der forstås med aktivt samarbejde med borgerne. Arbejdsgruppen skal beskrive rammen for indsatsen, så der efterfølgende kan prioriteres mellem eksisterende aktiviteter og metoder. Inden for rammen skal følgende beskrives nærmere : <u>Definere fælles mål for det øgede aktive samarbejde.</u> <u>Beskrive hvilke metoder, der tænkes anvendt.</u> <u>Beskrive, hvad der skal måles på og opstille indikatorer herfor</u>  Da et øget samarbejde med borgerne forudsætter, at der udover klare systematiske indsatser, også er et stærkt ledelsesfokus og understøttende strukturelle rammer, er det også arbejdsgruppens opgave, at beskrive, hvad de udvalgte aktiviteter kræver i fht implementering i de enkelte sektorer, herunder ledelse, kompetenceudvikling, tid, fysiske rammer og incitamenter.	Fase 1: 1. kvartal 2015: Fase 2: 2-4 kvartal 2015: Fase 3: 2016: Fase 4: evaluering	2015	2017	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Patientrepræsentation fra Patientinddragelsesudvalget, sundhedsfaglige repræsentanter og administrative medarbejdere og ledere fra kommune, region, hospital og PLO.	I fase 1 og 2 vil det primært være personaleressourcer. I fase 3 og 4 vil der være omkostninger til ekstra ressourcer til igangsættelse af aktiviteter og efterfølgende implementering	2015

2	2.1	Borgeren som aktiv	<b>Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.</b>	<b>Kortlægning:</b> Kortlægning af eksisterende tværsektorielle initiativer inden for telesund (træk fra database), udarbejde idekatalog som inspiration og herefter indgå konkrete aftaler vedrørende initiativer der ønskes driftsmodnet/udbredt inkl. afklaring af ressourceforbrug og ansvarsfordeling <b>National udrolning af Telecare Nord.</b> Projektet forventes at overgå til nationalt udbredning i 2016. Forud for evt. udrolning i hovedstadsregionen evt. beslutning om pilotprojekt, herunder stilling til inddragelse af kommunerne og evt. almen praksis. <b>Telemedicinsk sårurudering</b> er et nationalt projekt, der er under udrolning i hovedstadsregionen med sigte på implementering i samtlige 29 kommuner og på 5 sårambulatorier ultimo august 2015. <b>HjertelinsufficiensTelemedicin - HIT2</b> bygger på erfaringerne fra et tidligere projekt HIT1, der har kørt i Region Hovedstaden frem til 2013. <b>HIT2</b> forventes at køre som pilotprojekt i hovedstadsregionen i 2015 i et samarbejde med mindst én kommune.	Kort faseplan skal udarbejdes	2015		Forankret i Telemedicinsk Videnscenter. Derudover afventer forankring ny gruppestruktur	<b>Kortlægning:</b> Telemedicinsk Videncenter, Kommunernes repræsentant inden for telemedicin, Videncenteret har fra sin start endvidere trukket på deres coreteam/referancegruppe, hvor der er kommunale repræsentanter. <b>Telecare Nord.</b> Styregruppen skal bestå af såvel faglig leder på det telemedicinske område, repræsentanter fra kommuner, hospitalsklinikken og administrative region. Der vil være et tæt samarbejde med Region Hovedstadens Center for IMT. Der skal ligeledes nedsættes en arbejdsgruppe med deltagere fra hospitalsklinikken og kommuner. Almen praksis eventuelle er endnu ikke afklaret. <b>HjertelinsufficiensTelemedicin - HIT2</b> Styregruppen skal bestå af såvel faglig leder på det telemedicinske område, repræsentanter fra kommuner og fra hospitalsklinikken. Der vil være et tæt samarbejde med Region Hovedstadens Center for IMT. Der skal endvidere nedsættes en arbejdsgruppe med deltagere fra hospitalsklinikken og kommuner.		Igangsæt
3+4	2.2	Borgeren som aktiv	<b>Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb</b>	Der skal beskrives en ramme for indsatsen, der gør det klart, hvad der menes med "det organisatoriske samarbejde", og hvilke mål og metoder, der er indeholdt i indsatsen. Der skal udvælges et antal fokusområder, der på sigt kan udvides til at omfatte større dele af det tværsektorielle samarbejde, f.x. politikudformning, kvalitets- og organisationsudvikling mm.	1. fase: 1. kvartal 2015: Fase 2: 2-4 kvartal 2015: Fase 3: 2016	2015		Afventer ny gruppestruktur	Patientrepræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget, (administrative) repræsentanter fra kommuner, region, hospitaler og PLO, der udpeges af de enkelte samordningsudvalg ??	Det vil primært være personaleressourcer.	2015
5	3.1	Nye sam	<b>Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.</b>	Skal drøftes i DAS - Igangsættelse af foranalyse.	Fase 1: 1. og 2. kvartal 2015	2015	2016	Forankring i DAS	Repræsentation. Sektorer: PLO-H, Kommuner (KKR), Region Hovedstaden Organisatorisk: faglig, administrativ repræsentation og ledelsesmæssig forankring og ejerskab	Det vil primært være personaleressourcer.	2015
9	4.1. 2	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.</b>	Der pågår lige nu (efterår/vinter 2014-2015) et arbejde med udarbejdelse af en vejledning for overordnet revision af forløbsprogrammerne. Herunder også tema om differentierede indsatser. Følgende trin skal gennemføres: 1) Baseret på dette arbejde skal formuleres kriterier for udvælgelse af målgrupper. 2) Vurdering af, hvor vi mangler viden ift. disse målgrupper.3) Eventuel indhentning af yderligere viden inden 4) udvikling og afprøvning af indsatser.	Forberedende arbejde er igangsæt. Faseplan afventer denne færdiggørelse. Forventes opstart med fase 1 i løbet af efteråret 2015.	2015	2016	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. evaluering og implementering		Primært personaleressourcer	Igangsæt

11	4.2.2.	Nye sam/psyk	<b>For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner, når disse foreligger.</b>	Der har været igangsat en række forskellige projekter med fokus på at forbedre samarbejdet om mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug. Med afsæt i erfaringer fra sådanne samarbejdsprojekter afprøves en ny organisatorisk model for samarbejdet med fokus på fælles tværsektorielle teams, der arbejder med integreret udredning og behandling af målgruppen. Der skal som del af projektevalueringen tages stilling til generel udbredelse af projektet. Modellen vil tage højde for de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner. Der vil ligeledes blive arbejdet med koordineret indsatsplaner under indsats 54 (revision af samarbejdsaftaler)	Fase 1: 1. kvartal 2015 Fase 2: 2. kvartal 2015 til 4. kvartal 2017 Fase 3: fra 1. kvartal 2018	2015		Afventer ny gruppestruktur	Ledelsesrepræsentanter fra psykiatrien og socialpsykiatrien. Sundhedsfaglige aktører med særlig viden og erfaring i behandling af mennesker med psykisk sygdom og misbrugsbehandling		Igangsat
13	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.</b>	Projekt vedr. udvikling af Evaluerings- og analysemodellen, herunder en rehabiliteringsdatabase pågår. Der skal ske et videre udviklingsarbejde med databasen inden implementering i kommuner og hospitaler. Der skal udarbejdes en implementeringsplan. For KOL sker arbejdet i samarbejde med den nationale KOL-database - og er således et nationalt samarbejde. Det er pt ikke afklaret, hvorvidt der også for diabetes kan ske en videre udvikling og implementering på nationalt plan eller om der skal køres videre med en regional løsning.	Fase 1: Igangsat og forventes afsluttet februar 2015, fase 2: 2. kvartal 2015, fase 3: fra 3. kvartal 2016	2015	2018	Er et delprojekt i et større projekt (Evaluerings- og analysemodellen) om monitorering af forløbsprogrammerne. Projektet forventes forankret i en separat styregruppe for Evaluerings- og analysemodellen		Økonomitræk håndteres i regionalt allerede afsatte budgetmidler	Igangsat
16	5.1.2	Kommunikation	<b>Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.</b>	NSI - digitalisering med effekt 2013-2017 følges. Kommunikationsbehovet på områderne skal afdækkes og der skal udarbejdes aftaler for anvendelse og implementere eksisterende relevante MedCom standarder evt udvikle nye. Se også indsats nr 15. Udviklingen af standarderne sker på landsplan i regi af MedCom	Det må forventes at arbejdet med områderne løber i hele aftale perioden. Arbejdet i forhold til Psykiatrien er i gangsat	2015 obli	2018	Afventer ny gruppestruktur.	Der skal være repræsentanter fra kommuner, hospitaler og praksis med indblik i medcom standarder og it-systemer samt arbejds gange i den pågældende sektor. Foreksempel samordningskonsulenter og it-klyngeformænd /kommunale visitatorer, repræsentanter fra kliniken og praksis samt repræsentation fra CIMT. I forbindelse med implementering er ledelsesfokus nødvendigt.	På alle områderne vil der i de udredende faser primært trækkes på personaleressourcer. Når der skal implementeres kan det betyde tekniske tilkøb både i regionalt herunder også praksis og kommunalt regi - dertil kommer eventuelle tilpasninger af arbejds gange, der eventuelt kan koste ekstra ressourcer.	Igangsat
17	5.1.2	Medicin	<b>For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.</b>	At udarbejde aftale for området	Det forventes at der medio 2015 er udarbejdet aftale for området.	2015 obli	2015	Opgaven løses i arbejdsgruppen FMK-tværs	Arbejder i gangsat i Arbejdsgruppen FMK-tværs se bemanding i denne.	primært personaleressourcer i henholdvis i kommunalt , regionalt og i praksis regi	Igangsat Obli
18	5.1.3	Patientsikkerhed	<b>Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.</b>	Det vil kræve en lovændring at kunne åbne op for at se data på tværs af sektorer i DPSD. Derfor foreslås, at der i stedet nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe af risikomanagere i Region Hovedstaden, der skal se på, hvordan vi kan udveksle data mest hensigtsmæssigt. Denne arbejdsgruppe er allerede initieret i det tværsektorielle netværk for risikomanagere.  Patientombuddet vil understøtte den tværsektorielle læring af de utilsigtede hændelser ved, at man kan dele initiativer, handlingsplaner projekter etc. og har i denne forbindelse udarbejdet en vidensdatabase, hvor alle sektorer kan melde deres ind, som så bliver synligt for alle sagsbehandlere i DPSD, når de lokker sig ind i databasen. Denne forventes lanceret medio 2015.	Opstart medio 2015.	2015		Forankret i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed			2015

19	5.1.3	Patientsikkerhed	<b>Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.</b>	Der er nedsat tværsektorielle patientsikkerhedsfora under samordningsudvalgene hvor kommune og hospitaler mødes, men der har manglet repræsentanter fra almen praksis. Der er givet midler til at Praksiskonsulenterne fremover deltager i disse tværsektorielle patientsikkerhedsfora 2 gange årligt. Dette træder i værk primo 2015.  Patientsikkerhedsrådet for praksissektoren har i efteråret ændret kommissorium til at inkludere kommunale repræsentanter og et mere tværsektorielt fokus på læring og indsatser.	De tværsektorielle patientsikkerhedsfora træder i kraft primo 2015.  Patientsikkerhedsrådet træder i kraft marts 2015	2015	2015	Forankret i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed		Primært personaleressourcer. Der er midler så praksiskonsulenter kan deltage 2 gange årligt i patientsikkerhedsfora	Igangsat
21	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.</b> (red. forløbsprogrammer for KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme, lænderyg-lidelser, kræftrehabilitering og palliation, erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børnsamt og evt. psykiske lidelser)	Der skal udarbejdes forslag (bruttoliste med relevante indikatorer) til hvordan man kan følge implementeringsgrad - generelt og for det enkelte forløbsprogram. Derudover skal der skabes overblik eksisterende (rehabiliterings)tilbud og indholdet af disse mhp. at fastlægge et ensartet kvalitetsniveau i indholdet af indsatserne.	Arbejdsgruppen/grupper nedsættes primo 2015. Og forslag til indikatorer, overblik over indikatorer, indhold i eksisterende tilbud og anbefalinger til fastsættelse af kvalitetsniveau for indhold skal foreligge medio 2015.	2015	2015	Afventer ny gruppestruktur		Primært personaleressourcer	Igangsat
22	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelse kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.</b> (red. data der kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelse).	Projektets analysedel er sat i gang i samarbejde med Københavns Kommune. Der vil på baggrund af analyserne ske en yderligere afgrænsning af målgrupper for mulig afprøvning af forebyggende intervention. Der vil efter gennemførte analyser ske en bredere inddragelse af interessenter med henblik på at vurdere resultater og muligheder for udvikling og afprøvning af intervention.	Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2. kvartal 2015	2015		Afventer ny gruppestruktur		Primært personaleressourcer - og der er afsat regionale budgetmidler til udarbejdelse af analyser. Midler til afprøvning af intervention skal der efterfølgende søges midler til enten interne budgetmidler, ekstern fondsmidler eller andet	Igangsat
27	5.1.5	Rådgivning	<b>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.</b>	Der pågår aktuelt et telemedicinsk sårvurderingsprojekt mellem de 29 kommuner og regionens 5 hospitaler med sårcenterfunktion. Projektet gør det muligt for hjemmesygeplejersker og sygeplejersker ansat på plejehjem via en telemedicinsk løsning at sende billeder og beskrivelser af sår og få rådgivning af specialister på regionens sårcentre via elektronisk kommunikation. Projektet har fokus på diabetiske fodsår og venøse bensår, men andre sårtyper herunder tryksår indgår ligeledes. Projektet afsluttes ultimo august 2015, hvorefter det overgår til drift. Projektet indeholder en kompetenceudviklingsdel, hvor hjemmesygeplejersker og sygeplejersker ansat på plejehjem deltager i et 5 dages telemedicinsk sårkursus. Kurset forventes videreført, når projektet overgår til drift. I forbindelse med evaluering af projektet udarbejdes der indikatorer på området.	Fase 1: Projektperiode til ultimo august 2015. Fase 2: september 2015 og frem overgår projektet til drift.	2015	2015	Arbejdsgruppe og projektleder	Sårspecialister på hospitaler. Hjemmesygeplejersker og sygeplejersker ansat på plejehjem uddannes i telemedicinsk sårpleje, hvorefter de kan varetage sårplejefunktionen via telemedicin. Administrative medarbejdere fra Telemedicinsk Videncenter, Københavns Kommune til projektledelse og implementeringsspecialist til understøttelse af kommunerne.	Det forventes at der kommer en national finansieringsmodel	Igangsat

29	5.1.6	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)</b>	Nedsætte arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, almen praksis og hospitalerne (samme som under 56) med henblik på at udarbejde en overordnet ramme omkring lægelige ordinationer	Fase 1: 2. kvartal 2015 Fase 2: 3. og 4. kvartal 2015	2015	2015	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Sundhedsfaglige (klinisk faglige og administrative) (både regionale og kommunale), ledelsesrepræsentation og PLO	Primært personaleressourcer.	2015
30	5.1.7	Øvrige	<b>Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.</b>	Der skal løbende være fokus på om beslutninger i regionen og/eller kommunerne indebærer større, strukturelle og principielle flytninger. Herunder skal det særligt sikres, at dette fokus er tilstede i forbindelse med udarbejdelse af budgetforslag.	løbende	2015	2018	Arbejdsgrupper nedsættes ved behov og sammensættes på en måde, der sikrer at de nødvendige kompetencer er tilstede i forhold til håndtering af de konkrete opgaver der foreslås overdraget.		Det vil primært være personaleressourcer i forarbejdet. Alt efter hvilken opgave der ønskes overdraget vil det afføde økonomiske konsekvenser. Der skal tages konkret stilling i hvert enkelt sag.	Hele perioden
32	5.2.1	Forebyggelse + rehab.	<b>Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler</b>	Fastsætte arbejdsgange, så direktioner halvårligt får mail om: Din Kommune/DIT Hospital tilbyder ifølge SOFT... Et netværk af lokale kontaktpersoner, skal sikre en ensartethed i hvilke tilbud der findes på SOFT og have ansvaret for at indholdet løbende er opdateret. Der er nedsat et netværk med lokale kontaktpersoner fra hvert hospital som har ansvar for at sikre at de rette tilbud er beskrevet korrekt på SOFT. Kommuner har direkte kontakt med Sundhed.dk omkring sikring af opdatering af indholdet. Det skal sikres, at psykiatrien inddrages i det omfang det er relevant.	Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2-3 kvartal 2015. Sikre at psykiatrien inddrages i det omfang det er relevant. Udarbejde retningslinjer så der løbende fremover sikres opdatering. Fase 3 resten af aftaleperioden/fremover	2015		Afventer ny gruppestruktur. Samordningsudvalg	IT, administrative	primært personaleressourcer	2015
42	5.2.6	Misbrug	<b>Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling</b>	Der nedsættes arbejdsgrupper på af tværs af region, kommuner og almen praksis, der kan arbejde videre med en præcisering og definering af opgaverne: a) at få kvalitetssikret og skabt ensartethed i fht. informationer ved henvisningsprocedurer, samt ved visitationspraksis. Således at der bliver skabt ensartethed i procedurerne i region, kommuner og almen praksis b) Evt. arbejde med idéen om at skabe en 'vidensbank/samlet site' mhp. at understøtte mulighed for gensidig faglighedsparring i fht. borgere med misbrug/mistanke om psykisk skrøbelighed/belastning/lidelse (gælder målgruppen af borgere, som ikke er indskrevet eller i behandling i behandlingspsykiatri). Yderligere kræver ovenstående en kommunikations indsats. Vigtigt er der er ledelsesmæssig opbakning til at føre opgaverne ud i den virkelige verden.	<u>1. fase:</u> september -november 2015. <u>2. fase:</u> - december 2015 - juni 2016. <u>3. fase:</u> 3-4 kvartal 2016	2015	2017	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Understøttelse af tværfaglighed og afklaring af borgerens samlede problematikker. Således at der sikres en helhedsorienteret indsats, lettere arbejdsgangen, samt sikring af en hurtigere intervention.	primært personaleressourcer	2015
50	5.2.10	Forebyggelse + rehab /børn	<b>For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.</b>	Børneastma: Det anbefales at afvente NKR fra SST om "Diagnostik og behandling af astma hos børn". KOL: Indsats om et styrket fokus på tidlig opsporing af borgere med KOL i almen praksis skal konkretiseres og aftales i praksisplan for almen praksis. Opmærksomhed på finanslovsaftale 2015.	Børneastma: FASE 1 2015: med udgangspunkt i NKR om børneastma vurderer om, der bør nedsættes en regional implementeringsgruppe. KOL: Håndteres i regi af praksisplanen for almen praksis.	2015	obli	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Børneastma: Kræver kendskab til børneområdet.	Finanslov 2015	2015 Obli

51	5.3.1	Kommunikation	<p><b>Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse</b></p>	<p>Med afsæt i KORA evalueringen samt øvrige erfaringer med den nuværende kommunikationsaftale, udarbejdes en revideret kommunikationsaftale. Interessenter inddrages undervejs. Der skal udarbejdes og afholdes pilottest inden endelig godkendelse. Der skal udarbejdes plan for implementering</p>	<p>Fase 1: 2014 Fase 2: hele 2015 . Fase 3: fra 1. kvartal 2016</p>	2015	2016	<p>Den Centrale Koordinering DCK, som er nedsat af DAS igangsætter og gennemfører revideringen. Der er endnu ikke taget stilling til hvem der skal igangsætte og gennemføre implementeringen</p>	<p>Der skal være repræsentanter fra kommuner og hospitaler med indblik i medcom standarder og arbejds gange i den pågældende sektor. Foreksempel samordningskonsulenter og it-klyngeformænd/kommunale visitatorer, repræsentanter fra klinikken samt repræsentation fra CIMT. I forbindelse med implementering er ledelsesfokus nødvendigt.</p>	<p>Revideringen vil trække på personaleressourcer i kommunerne, hospitalerne og regionsadministrationen (foregår i 2015). I forhold til implementeringen vil dette afhænge af hvordan denne planlægges.</p>	Igangsat
52	5.3.1	Kommunikation	<p><b>52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk)</b></p> <p><b>15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet</b></p>	<p><u>Indsats 15 og 52 skal løftes i sammenhæng</u></p> <p><u>52:</u> Der skal udvikles aftaler om anvendelse af og samarbejdet om beskedbaseret digital kommunikation på områderne: Psykiatrien - herunder også børne og ungdomspsykiatrien, det ambulante område, det akutte område og børneområdet. Forud for udarbejdelse af udkast til samarbejdsaftalerne skal kommunikationsbehovet og mulighederne for digital understøttelse (anvendelse af relevante MedCom meddelelser) for hver område afdækkes . Efter indgåelse af aftalerne skal de implementeres.</p> <p><u>15:</u> Der skal udvikles aftaler om anvendelse af og samarbejdet om beskedbaseret digital kommunikation på områderne: Psykiatrien, det ambulante område, det akutte område og børneområdet. Forud for udarbejdelse af udkast til samarbejdsaftalerne skal kommunikationsbehovet og mulighederne for digital understøttelse (anvendelse af relevante MedCom meddelelser) for hver område afdækkes . Efter indgåelse af aftalerne skal de implementeres.</p>	<p>It-udviklingsgruppen har foretaget udredning af det ambulante område og udkast til aftale vil blive forelagt DAS ved årsskiftet 14/15. På det psykiatriske område foreligger to MedCom rapporter - en analyse og en handleplan. <b>Faseplan på det psykiatriske område fase 1:</b> Det er ikke muligt at lave en faseplan før der er sket national afklaring.. <b>Faseplan på det akutte område.</b> Faseplanen vil blive udarbejdet i 1. kvartal af 2015. <b>Faseplan på børneområdet</b> Faseplanen vil blive udarbejdet i 1. kvartal af 2015.</p>	2015	2018	<p>Arbejdet i fht psykiatrien og det ambulante område er opstartet i UG-gruppe for IT og Informationsudvikling</p>	<p>Der skal være repræsentanter fra kommuner, hospitaler og praksis med indblik i medcom standarder og it-systemer samt arbejds gange i den pågældende sektor. Foreksempel samordningskonsulenter og it-klyngeformænd /kommunale visitatorer, repræsentanter fra klinikken og praksis samt repræsentation fra CIMT. I forbindelse med implementering er ledelsesfokus nødvendigt.</p>	<p>Der skal være repræsentanter fra kommuner, hospitaler og praksis med indblik i medcom standarder og it-systemer samt arbejds gange i den pågældende sektor. Foreksempel samordningskonsulenter og it-klyngeformænd /kommunale visitatorer, repræsentanter fra klinikken og praksis samt repræsentation fra CIMT. I forbindelse med implementering er ledelsesfokus nødvendigt.</p>	Delvist Igangsat
54	5.3.1	Psyk	<p><b>54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.</b></p> <p><b>36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatriske Center.</b></p> <p><b>39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri</b></p> <p><b>47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)</b></p>	<p><u>36a, 39, 47 og 54 håndteres sammen.</u></p> <p><u>36a:</u> Der skal sikres entydige og let tilgængelige henvisningsmuligheder for Almen Praksis når man ønsker at få et barn henvist til børnepsykiatrien /ønsker vurdering af om barnet skal henvises til børnepsykiatrien.</p> <p><u>39:</u> Der skal ske en afklaring af, hvordan almen praksis kan henvise til børne, og ungdomspsykiatrien, særligt i tilfælde hvor der er behov for forudgående udredning/testning i PPR-regi. Afklaringen skal bl.a. forholde sig til de barrierer, der identificeres i samarbejder, herunder bl.a. reglerne i folkeskoleloven mv.</p> <p><u>47:</u> Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)</p> <p><u>54:</u> De gældende samarbejdsaftaler på hhv voksen og børne- og ungeområdet skal revideres og opdateres. Heri indgår de koordinerende indsatsplaner, se også indsats 11. Der skal udarbejdes planer for implementering og aktiviteter i forbindelse med aftalerne samt udredes hvordan der kan arbejdes med systematisk elektronisk understøttelse.</p>	<p>Voksenområdet: Fase 1: 1. kvartal 2015 Fase 2: 2-4. kvartaler 2015 Fase 3: Start 1. kvartal 2016</p> <p>Børneområdet: Fase 1: 2. kvartal 2015 Fase 2: 3. og 4. kvartal 2015 og 1. kvartal 2016 Fase 3: start 2. kvartal 2016</p>	2015		<p>Arbejdsgruppe vedr. revision af samarbejdsaftale på voksenområder. Arbejdsgruppe vedr. revision af samarbejdsaftale på børneområder. (Kommissorier godkendt af DAS 22. aug 2014)</p>	<p>Ledelsesrep. Fra psykiatrien, og kommunerne. Faglig repræsentation fra kommunerne, led socialrådgiver fra region hovedstaden psykiatri, en praksiskonsulent fra almen praksis, en rep. Fra PLO-Hovedstaden</p>		Igangsat

58	5.3.3.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning.</b> (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	Igangsætte et evalueringsarbejde med henblik på at kortlægge og anbefale optimering af anvendelsen af regionale og kommunale ordninger, som følger op på en udskrivning. Implementering af anbefalinger.	Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2. , 3. og 4. kvartaler 2015. Eventuel Fase 3: 2016	2015	2016	Er forankret iTværssektoriel Forskningsenhed (Projektleder), Styregruppe med regionale og kommunale repræsentanter, Lokale samordningsudvalg	Sundhedsfaglige og administrative (både regionale og kommunale), kompetencer indenfor kvalitative og kvantitative evalueringsmetoder	I fase 1 og 2 er det primært personaleressourcer. Implementering af anbefalinger kan medføre ekstra ressourcer til igangsættelse og drift	Igangsæt
61	5.3.4	Kommunikation	<b>Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren</b>	Forvaltningen af udsendelse af epikriser ligger på de enkelte hospitaler. Der vil blive arbejdet med justeringer af arbejds gange frem til at implementeringen af Sundhedsplatformen, som vil kunne formidle nogle af arbejdsprocesserne.	Forberedelser med analyser og omlægninger af arbejds gange: 1 - 3 kvartal 2015. Implementering 4. kvartal 2015	2015	2018	Opgaven er forankret regionalt og på de enkelte hospitaler		Økonomi er internt regionalt	2015
62	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.</b>	Der skal nedsættes en implementeringsgruppe med faglige repræsentanter fra hospitalerne: RH, NOH og HEH samt CHR, CSU og kommuner, der skal arbejde med implementering af anbefalingerne.	1. Kickoff primo 2015 2. status primo 2016	2015 obli	2016	aktuelt forankret i implementeringsgruppe. Afventer derudover ny gruppestruktur	Rehabilitering, Sygeplejefaglig, Kompetenceudvikling, viden om forløbsprogrammer og kræftpatienter	Primært personaleressourcer ved udarbejdelse af en fælles plan. Der kan være ekstra ressourcer til igangsættelse af efterfølgende implementering	Igangsæt Obli
63	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.</b>	Udvikling af implementeringsplaner vedr. implementering af forløbsprogrammerne for rehabilitering af børn/unge og voksne er igangsat i 2014.  Implementeringsplanen forventes godkendt i 2015, hvorefter implementering af planens indsatser igangsættes.  Der skal udarbejdes et økonominotat, som beskriver evt. økonomiske konsekvenser af planernes indsatser	Udvikling af planerne er igangsat i 2014 Planerne forventes godkendt i DAS i 2015 Implementering af planernes indsatser opstartes i 2015.	2015 obli	2016	udvikling af implementeringsplaner er forankret i arbejdsgrupperne vedr. implementering af forløbsprogram for rehabilitering af erhvervet hjerneskade. Når planen er godkendt, overdrages ansvar for implementering til SOU samt de enkelte hospitaler og kommuner		afventer økonominotat	Igangsæt Obli
68	5.4.2	Forebyggelse + rehab	<b>For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidig behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb</b>	I forbindelse med ny bekendtgørelse for genoptræning og rehabilitering, der træder i kraft 1. januar 2015 er der behov for samlet set, at se på hvilke ændringer bekendtgørelsen giver anledning til på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet herunder snitflader, arbejds gange, ventetider og anvendelse af Med-COM standarder. Sammenhæng til indsats 72 og 73.	Tidsplan afhænger af national udmelding og SST's informationsmøder medio januar 2015. Tidligst i 2016 forventes udviklet en ny GOP.	2015 obli	2016	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Fysioterapi, kommunal og regional erfaring,	skal afklares	2015 Obli

69	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	<b>For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.</b>	Metoden til udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser skal gennegås mhp på ressourceeffektivitet. Undersøge om der er mulighed for frikøb.	2015: Implementere allerede igangsatte genoptræningsforløbsbeskrivelser 2016: afdække de økonomiske konsekvenser og udpege nye områder med henblik på beslutning om igangsættelse. 2017 - 2018 udarbejdelse af forløbsbeskrivelser og implementering	2015	2018	Afventer ny gruppestruktur.	Fysioterapi, kommunal og regional erfaring,	De økonomiske konsekvenser skal i 2016 afdækkes i forbindelse med udpegning af nye områder med henblik på beslutning om igangsættelse i 2017 og 2018	Delvist igangsat
72	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab.	<b>Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.</b>	I forbindelse med ny bekendtgørelse for genoptræning og rehabilitering, der træder i kraft 1. januar 2015 er der behov for samlet set, at se på hvilke ændringer bekendtgørelsen giver anledning til på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet herunder snitflader, arbejds gange, ventetider og anvendelse af Med-COM standarder. Den ny Bekendtgørelse og vejledning opdeler i fire genoptræningsniveauer. De eksisterende snitflade-kataloger, skal på den baggrund revideres. Sammenhæng til indsats 73 og 68.	FASE 1: 1. kvartal 2015 Fase 2: Tidsplan afventer national udmelding jfr. Indsats 68.	2015 obli	2015	Afventer ny gruppestruktur.	Fysioterapi, kommunal og regional erfaring, ortopædikirurgi, neurologi ergoterapi, børneområdet	primært personaleressourcer. Flyttes eksisterende snitflader kan det give anledning til behov for ressourcer.	2015 Obli
73	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab.	<b>Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.</b>	Visitationsretningslinjerne implementeres som en del af implementeringsplanen for forløbsprogrammer for henholdsvis børn og voksne med erhvervet hjerneskade	Udvikling af planerne er igangsat i 2014 Planerne forventes godkendt i DAS i 2015 Implementering af planernes indsatser opstartes i 2015.	2015 obli		.Arbejdsgrupperne vedr. implementering af forløbsprogrammer for rehab. af børn/unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Implementering via samordningsudvalgene		afventer økonominotat	2015 Obli