

## Sundhedskordinationsudvalget

### MØDETIDSPUNKT

30-01-2015 09:00

### MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

### MEDLEMMER

Christian Freitag	Udvalgsmedlem
Ib Terp	Udvalgsmedlem
Jørgen Glenthøj	Udvalgsmedlem
Line Soot	Udvalgsmedlem
Per Seerup Knudsen	Formand
Ninna Thomsen	Næstformand
Anne Ehrenreich	Udvalgsmedlem
Annie Hagel	Udvalgsmedlem
Birgit Roswall	Udvalgsmedlem
Lene Kaspersen	Udvalgsmedlem
Pia Illum	Udvalgsmedlem
Helle Moesgaard Adelborg	Udvalgsmedlem

# INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016
3. Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning
4. Orientering om revision af Hospital- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020)
5. Orientering om nedsættelse af arbejdsgruppe om kommunal medfinansiering
6. Konference om kronisk sygdom
7. Eventuelt

# 1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

---

## **INDSTILLING**

Administrationen indstiller:

**at** Sundhedskoordinationsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

## **POLITISK BEHANDLING**

**Udvalgets beslutning:**

## **JOURNALNUMMER**

Tomt indhold

## **BILAGSFORTEGNELSE**

📎 1. Årsplan - SKU - 2015

## **2. GODKENDELSE AF FORSLAG TIL SUNDHEDSAFTALENS IMPLEMENTERINGSPLAN FOR 2015 OG 1. DRØFTELSE AF SUNDHEDSAFTALENS IMPLEMENTERINGSPLAN FOR 2016**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Det er aftalt, at implementeringen af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 skal ske gennem årlige implementeringsplaner. I denne sag fremlægges Den administrative styregruppes (DAS) endelige forslag til implementeringsplan for 2015. Herudover fremlægges et 1. udkast til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016.

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller:

**at** Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslaget til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015.

**at** Sundhedskoordinationsudvalget drøfter 1. udkast til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **SAGSFREMSTILLING**

Den administrative del af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 indeholder 73 konkrete indsatser. Arbejdet med konkretiseringen og implementeringen af disse indsatser skal ske ud fra en hensigtsmæssig prioritering af opgaverne, der sikrer en relevant sammenhæng i arbejdet og samtidig understøtter effektiv udnyttelse af ressourcerne i både kommunerne og regionen. I sundhedsaftalens administrative del er det derfor aftalt, at arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalen skal ske gennem årlige implementeringsplaner.

Det fremgår endvidere af sundhedsaftalen, at Sundhedskoordinationsudvalget i kalenderårets 2. kvartal skal have en indledende drøftelse af forslag til implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår. Tiltrædelse af implementeringsplanen for det næstfølgende kalenderår skal ske på et møde i Sundhedskoordinationsudvalget ultimo oktober måned efter kommunernes og regionens vedtagelse af budgettet for det følgende år.

Den administrative styregruppe for sundhedsaftalen har ultimo 2014 arbejdet med forslag til implementeringsplan for 2015 samt med et 1. udkast til implementeringsplanen for 2016.

De foreliggende forslag til implementeringsplaner betyder, at arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalens indsatser igangsættes ud fra følgende tidsplan:

34 indsatser igangsættes i 2015

29 indsatser igangsættes i 2016

10 indsatser igangsættes i 2017/2018

Det vedlagte bilag giver en oversigt over hvilke specifikke indsatser, der ligger i henholdsvis 2015, 2016 og 2017/18. Indsatserne er farvekodet, så koblingen til Sundhedsaftalens 4 visionsområder er synlige.

#### **Implementeringsplanen for 2015**

Det har været nødvendigt at aftale en særlig proces for godkendelse af implementeringsplanen for 2015, idet sundhedsaftalen først er endeligt politisk godkendt i starten af 2015. Forslaget til godkendelse af implementeringsplan for 2015 skal drøftes på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 30. januar 2015, og har derfor ikke kunnet kobles direkte til regionens og kommunernes budgetforhandlinger.

Der har fra såvel kommunal som regional side været udtrykt bekymring for, om igangsætning af for mange indsatser i 2015 bliver for ressourcekrævende. Det er derfor forslaget fra Den Administrative Styregruppe (DAS), at der skal ske en skarp prioritering af hvilke indsatser, der igangsættes i 2015. Herunder foreslås det fra DAS, at implementeringsplanen for 2015 som udgangspunkt skal have fokus

på:

- | Obligatoriske indsatser (indsatser der er aftalt i forbindelse med økonomiaftalerne mellem Regeringen og DR henholdsvis KL).
- | Indsatser, der allerede er igangsat, samt
- | Indsatser hvor det er nødvendigt med et større forberedelsesarbejde.

Endvidere er det aftalt, at indsatserne i 2015 så vidt muligt skal være udgiftsneutrale.

Det vedlagte forslag til implementeringsplan for 2015 indeholder forslag om, at der skal arbejdes med 34 indsatser. De 34 indsatser omfatter:

- | 21 indsatser, der er enten er igangsat eller er delvist igangsat.
- | 13 nye indsatser – heraf udgør 4 obligatoriske indsatser. De resterende 9 indsatser vedrører opgaver, hvor det vurderes, at der er behov for et større forberedelsesarbejde eller indsatser, der vurderes at have et særligt politisk fokus f.eks. indsats 61 vedr. hurtigere fremsendelse af epikriser.

Forslaget til prioriterede indsatser i implementeringsplan for 2015 indebærer, at der vil blive arbejdet inden for alle 4 overordnede visionsområder i sundhedsaftalen:

1. Borgeren som aktiv samarbejdspartner
2. Nye og bedre samarbejdsformer
3. Lighed i sundhed
4. Sammenhæng og kvalitet.

I implementeringsplanen er de enkelte indsatsers kobling til visionsområder synliggjort ved hjælp af en farvekodning.

### **Implementeringsplanen for 2016**

Det vedlagte 1. udkast til implementeringsplan for 2016 indeholder forslag om, at der igangsættes arbejde med konkretisering og/eller implementering af 29 indsatser.

Der vil i løbet af foråret 2015 ske en nærmere vurdering af evt. økonomiske konsekvenser af indsatserne med henblik på regionens og kommunernes budgetprocesser for Budget 2016. Det vil dog på nogle områder være således, at der som den første del af indsatsen skal ske en nærmere konkretisering inden, der kan ske en egentlig vurdering af økonomien. For andre indsatser vil økonomien variere ud fra lokale forhold og fx tidligere lokalt niveau for en given indsats og det vil derfor være en fælles opgave at afdække økonomien.

### **Opfølgning på Sundhedsaftalen ud fra udvalgte indikatorer**

Det fremgår af sundhedsaftalens administrative del, at opfølgning på sundhedsaftalen skal ske ud fra udvalgte indikatorer. Herunder er det aftalt, at implementeringsplanerne skal synliggøre sammenhæng mellem indsatser og indikatorer. Den administrative styregruppe anbefaler, at beslutning om hvordan, der konkret følges op på indikatorerne, skubbes til 2. halvår af 2015. Der planlægges efter, at Sundhedskoordinationsudvalget kan drøfte forslag til samlet indicatorsæt for Sundhedsaftalen på udvalgets møde den 2. oktober 2015.

## **KOMMUNIKATION**

Implementeringsplanen for 2015 kommunikeres til aftaleparterne og offentliggøres på Region Hovedstadens hjemmeside, når planen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget.

## **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

Et revideret udkast til Sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016 forventes drøftet på Sundhedskordinationsudvalgets møde den 13. maj 2015. Den endelige godkendelse af implementeringsplanen for 2016 forventes, at ske på Sundhedskordinationsudvalget møde den 2. oktober 2015.

Arbejdet med udarbejdelsen af det endelige forslag til implementeringsplan for 2016, vil ske i dialog med alle kommunerne i Regionen via KKR-Hovedstaden. Herudover vil forslaget til implementeringsplan for 2016 blive sendt i høring i Patientinddragelsesudvalget.

## **DIREKTØRPÅTEGNING**

Christian Worm

## **JOURNALNUMMER**

14013967

## **BILAGSFORTEGNELSE**

- 📎 1. oversigt 2015,16,17\_18
- 📎 2. Implementeringsplan 2015 SA godkendt DAS 191214
- 📎 3. Implementeringsplan 2016 SA godkendt af DAS 191214

### **3. TEMADRØFTELSE OM KAPACITET OG KOORDINERING I FORBINDELSE MED INDLÆGGELSER OG UDSKRIVNING**

---

#### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Emnet for denne temadrøftelse er kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning.

Der vil som inspiration til udvalgets drøftelse være et indledende oplæg fra Sundhedschef i Frederiksberg Kommune Torben Laurén og Vicedirektør på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler Ane Friis Bendix. I oplægget vil der blive givet konkrete eksempler på hvordan der i praksis samarbejdes for at sikre, at det er de rigtige borgere, der indlægges på hospitalet og at kommunen er klar til at tage over når borgeren er færdigbehandlet på hospitalet.

#### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller:

at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning.

#### **POLITISK BEHANDLING**

**Udvalgets beslutning:**

#### **SAGSFREMSTILLING**

##### **Baggrund for temadrøftelsen**

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede på udvalgets møde den 25. november 2014 forslag til årsplan for 2015. Herunder besluttede udvalget, at der skulle være en temadrøftelse om overbelægning på udvalgets møde den 30. januar 2015.

Endvidere anmodede sundhedskoordinationsudvalget den 25. november 2014 - som opfølgning på udvalgets drøftelse om færdigbehandlede borgere - om at få en oversigt over færdigbehandlingsdage per færdigbehandlet patient. En sådan oversigt er vedlagt som bilag.

Herudover anmodede Sundhedskoordinationsudvalget den administrative styregruppe om at drøfte den samlede tilbagemelding fra KKR over hvilke nye initiativer kommunerne har igangsat i 2014 og/eller forventer igangsat i 2015 ift. en styrket indsats for hjemtagning af færdigbehandlede borgere. Styregruppen blev herunder anmodet om at drøfte årsager til forskelle i færdigbehandlingsdage.

Den administrative styregruppe drøftede den 19. december 2014 den samlede tilbagemelding fra KKR om kommunernes initiativer for at styrke indsatsen for hurtige hjemtagning færdigbehandlede borgere og kunne bl.a. konstatere:

- 1 Kapacitet: 28 ud af de 29 kommuner i Hovedstaden arbejder på at øge kapaciteten gennem oprettelse eller udvidelse af akutpladser, plejehjemspladser, døgnpladser, samt rehabiliteringspladser.
  
- 1 Kompetenceudvikling: 8 kommuner har beskrevet indsatser i 2014 eller 2015 der omhandler kompetenceudvikling og efteruddannelse af personale, som har med borgere at gøre på akutpladser,

plejehjemspladser, døgnpladser, rehabiliteringspladser og fleksible. Indsatserne omkring kompetenceudvikling gælder også for hjemmeplejen, således at der i indsatsen også er fokus på forebyggelse på indlæggelser/genindlæggelser, herunder tidlig opsporing.

- Optimering af indlæggelses- og udskrivningsforløb: Der er 20 kommuner, som beskriver et fokus på optimering af indlæggelses- og udskrivningsforløb gennem indsatser som fremskudt visitation, implementering af triage, udskrivningsvisitatorer/koordinatorer på hospitalerne og kortlægning af tværsektorielle forløb.

Også i Region Hovedstaden er der et stort fokus på at fremme initiativer, der kan sikre yderligere kvalitet og sammenhæng i borgerens samlede forløb. Herunder er det blandt andet i forbindelse med udmøntning af Regionens strategi og handleplan mod overbelægning afsat midler til at styrke akutområdet. Der er ligeledes iværksat en række tiltag, der har fokus på at fremme koordination både internt på regionens hospitaler og i forhold til kommuner og praksissektoren.

I kommunernes og regionens arbejde med at mindske overbelægning og sikre hurtige hjemtagning af færdigbehandlede patienter benyttes der således en bred vifte af indsatser. Herunder er der et stort fokus på at understøtte videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde omkring koordination og kommunikation i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger.

Der vil som inspiration til udvalgets drøftelse være et indledende oplæg fra Sundhedschef i Frederiksberg Kommune Torben Laurén og Vicedirektør på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler Ane Friis Bendix. I oplægget vil der blive givet konkrete eksempler på hvordan der i praksis samarbejdes for at sikre, at det er de rigtige borgere, der indlægges på hospitalet og at kommunen er klar til at tage over når borgeren er færdigbehandlet på hospitalet.

## **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

### **JOURNALNUMMER**

Tomt indhold

### **BILAGSFORTEGNELSE**

1. Samlet skema indsatser hjemtagning færdigbehandlede 2014-15
2. Genindlæggelser og forebyggelige genindlæggelser 2
3. Færdigbehandlede patienter

## **4. ORIENTERING OM REVISION AF HOSPITAL- OG PSYKIATRIPLAN 2020 (HOPP 2020)**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Som aftalt på sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. november 2014 vil regionen løbende orientere udvalget om status på revision af HOPP 2020.

På baggrund af bidrag og input fra de sundhedsfaglige råd samt hospitalsdirektioner har regionen udarbejdet et administrativt udkast til ændringsforslag, som blev offentliggjort den 9. december 2014.

I december 2014 og januar 2015 er de administrative ændringsforslag og fokusområder ifm høringen heraf blevet drøftet i regionens politiske udvalg, og forslag til høringsudkast forelægges regionsrådet den 3. februar 2015.

Høringsperioden er blevet forkortet med en uge, idet den nu løber fra den 4. februar til den 24. april 2015 (tidligere udmelding var den 30. april 2015).

Hvis forkortelsen af høringsperioden betyder, at en kommune får vanskeligt ved at fremsende høringssvar senest den 24. april, anmodes kommunen om at orientere Region Hovedstaden hurtigst muligt.

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller:  
at udvalget tager orienteringen til efterretning.

### **POLITISK BEHANDLING**

**Udvalgets beslutning:**

### **SAGSFREMSTILLING**

Som tidligere orienteret om på møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 25. november 2014 er formålet med revisionen af Hospital- og Psykiatriplan 2020 at gennemføre strukturelle ændringer, som sikrer højere kvalitet og effektiviseringer i årene efter 2015.

### **Tidsplan**

1. De administrative ændringsforslag er offentliggjort den 9. december efter forelæggelse for regionsrådet
2. De administrative ændringsforslag er forelagt de politiske underudvalg på møder den 13. januar 2015 og her er drøftet ønsker til fokusområder i høringsperioden
3. Forslag til høringsudkast forelægges regionsrådet den 3. februar 2015
4. Høringsperioden løber fra den 4. februar til den 24. april 2015. Alle kommuner er høringsparter
5. Den 16. juni 2015 forelægges regionsrådet en revision af HOPP 2020 (HOPP 2020 - version 2.0) med henblik på godkendelse.

### **Den Administrative Styregruppe**

På møde i Den Administrative Styregruppe den 19. december 2014 orienterede regionen om status for revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020.

På mødet blev der orienteret om, at høringsperioden er den 4. februar - den 24. april 2015, hvilket er en uges forkortelse af høringsperioden i forhold til det tidligere udmeldte.

Region Hovedstaden anmodede om at blive orienteret hurtigst muligt, hvis forkortelsen af høringsperioden betyder, at en kommune får vanskeligt ved at fremsende hørings svar senest den 24. april.

Den Administrative Styregruppe tog til efterretning, at høringsperioden nu er fastlagt til den 4. februar - den 24. april 2015.

Den Administrative Styregruppe drøftede endvidere forslag om afholdelse af et møde ultimo januar 2015 for administrativt personale i kommunerne med henblik gennemgang af høringsudkastet. De kommunale repræsentanter tilkendegav, at der ikke er behov for et sådan møde, idet drøftelserne ønskes taget lokalt i samordningsudvalgene.

Hvis der viser sig at være ønsker til aktiviteter særligt målrettet kommunerne i høringsperioden, så kan der fortsat rettes henvendelse til regionen.

#### **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

-

#### **JOURNALNUMMER**

14008869

## **5. ORIENTERING OM NEDSÆTTELSE AF ARBEJDSGRUPPE OM KOMMUNAL MEDFINANSIERING**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

På det seneste møde i Kommunekontaktudvalget den 14. november 2014 blev det under temadrøftelse om kommunal medfinansiering konkluderet, at den videre drøftelse af, hvordan der skabes større gennemsigtighed i forhold til den kommunale medfinansiering skal forberedes af region og kommuner på administrativt niveau. Regionen udarbejder i dialog med KKR udkast til kommissorium for dette arbejde, herunder for den videre proces.

### **INDSTILLING**

Administrationen indstiller:

at sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning.

### **POLITISK BEHANDLING**

**Udvalgets beslutning:**

### **SAGSFREMSTILLING**

På det seneste møde i Kommunekontaktudvalget den 14. november 2014 var der en temadrøftelse om kommunal medfinansiering i forbindelse med hospitalsbehandling.

Udgangspunkt for drøftelsen var den indgåede aftale om, at der i 2014 på nationalt niveau skal igangsættes en evaluering af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. På den baggrund gennemføres et arbejde, som skal analysere den kommunale medfinansiering specielt med hensyn til, hvordan ordningens incitament virker. Kommissorium for evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet kan findes på:  
[http://www.altinget.dk/misc/Kommissorium\\_KMF.pdf](http://www.altinget.dk/misc/Kommissorium_KMF.pdf)

På mødet i Kommunekontaktudvalget var der oplæg fra afdelingschef Sven Særkjær fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det fremgik af den efterfølgende drøftelse, at kommunal medfinansiering har været med til at bringe sundhed og det kommunalt/regionale samarbejde på dagsordenen. Det fremgik yderligere, at kommunerne savnede transparens i indhold og retning for den kommunale medfinansiering.

Det blev som konklusion på drøftelsen aftalt at den videre drøftelse af, hvordan der skabes større gennemsigtighed i forhold til den kommunale medfinansiering skal forberedes af region og kommuner på administrativt niveau. Regionen udarbejder i dialog med KKR udkast til kommissorium for dette arbejde, herunder den videre proces.

Der har efterfølgende været en dialog mellem KKR og Regionen hvor det er aftalt, at forberedelsen af denne videre drøftelse forankres i en eksisterende tværsektoriel arbejdsgruppe om økonomi og data. Der har ligeledes været en drøftelse mellem KKR og regionen om kommissorium og tidsplan for arbejdet. Der foreligger nu et udkast kommissorium for opgaven. Kommissoriet drøftes i den tværsektorielle arbejdsgruppe ultimo januar 2015, og vil herfter blive forelagt til endelig godkendelse i den administrative styregruppe i februar 2015.

### **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

### **JOURNALNUMMER**

Tomt indhold

## **6. KONFERENCE OM KRONISK SYGDOM**

---

### **MEDDELELSER**

Region Hovedstaden afholder onsdag d. 18 marts 2015 konference om kronisk sygdom.

Konferencen vil sætte fokus på borgere med kronisk sygdom, med lighed i sundhed som indfaldsvinkel og tage udgangspunkt i nye regionale data om kronisk sygdom, idet "Sundhedsprofil 2013 – kronisk sygdom" udkommer og lanceres på dagen.

På konferencen vil centrale temaer og problematikker blive diskuteret, såsom:

- | Hvordan kan vi bruge nye data til bedre behandling af borgere med kronisk sygdom?
- | Hvordan kan sundhedsvæsenet sikre at borgere med kronisk sygdom er i centrum i eget forløb?
- | Hvordan sikrer vi, at vi kan tilbyde borgere med kronisk sygdom den rette indsats på rette tid og af høj faglig kvalitet?
- | Hvad koster det at behandle borgere med kronisk sygdom?
- | Hvordan kan vi målrette vores indsatser så også de mest sårbare borgere får den behandling de har brug for?
- | Skal vi blive bedre til tidlig opsporing af borgeren med kronisk sygdom – og hvor giver det bedst mening?
- | Er vi gode nok til sammenhæng i behandling af mennesker med flere samtidige kroniske sygdomme?

Målgruppen for konferencen er patientrepræsentanter, sundhedsprofessionelle og administratorer fra hospitaler, kommuner og almen praksis, samt politikere.

Konferencen afholdes onsdag den 18. marts 2015, kl. 9.00 – 16.00 i DGI-Byen, CPH Conference, Tietgensgade 65, 1704 København V. Deltagelse er gratis og forplejning er inkluderet.

Det endelige program er under uarbejdelse. Der åbnes for tilmeldinger til konferencen den 6. februar 2015.

### **JOURNALNUMMER**

Tomt indhold

## **7. EVENTUELT**

---

### **EVENTUELT**

Tomt indhold



**13. januar 2015**

**Årsplan for Sundhedskordinationsudvalget 2015**

2. møde 13. maj 2015	3. møde 2. oktober 2015	4. møde 3. december 2015
Tværasektorielt forskningssamarbejde	Godkendelse af Sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016	Borgeren som aktiv samarbejdspart
Underernæring	Nye samarbejdsformer	

Sundhedskordinationsudvalget har besluttet, at årsplanen er et dynamisk arbejdsredskab, og at udvalgets medlemmer løbende kan foreslå emner til temadrøftelser.

# Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016

## Bilag 1 - Side -1 af 4

### IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018

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.

Indsats nr.	afsnit	Emne	Indsatsbeskrivelse	Opstart
<b>2015</b>				
1	2.1	Borgeren som aktiv	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.	2015
2	2.1	Borgeren som aktiv	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.	2015
3+4	2.2	Borgeren som aktiv	Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb	2015
5	3.1	Nye sam	Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.	2015
9	4.1.2	Kronisk sygdom /DÆMP	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.	2015
11	4.2.2.	Nye sam/psyk	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.	2015
13	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.	2015
16	5.1.2	Kommunikation	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.	2015
17	5.1.2	Medicin	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 arbejds gange 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.	2015
18	5.1.3	Patientsikkerhed	Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.	2015
19	5.1.3	Patientsikkerhed	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.	2015
21	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	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. (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)	2015
22	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorer. 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. (red. data der kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelse).	2015
27	5.1.5	Rådgivning	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.	2015
29	5.1.6	Kronisk sygdom /DÆMP	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)	2015
30	5.1.7	Øvrige	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.	2015

## Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016

Bilag 1 - Side 2 af 4				
32	5.2	Forebyggelse + rehab	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	2015
42	5.2.6	Misbrug	Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	2015
50	5.2.10	Forebyggelse + rehab /børn	For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.	2015
51	5.3.1	Kommunikation	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	2015
52 + 15	5.3.1	Kommunikation	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)  15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet	2015
54+ 36+ 39	5.3.1	Psyk	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.  36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatriske Center.  39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri  47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)	2015
58	5.3.3.1	Kronisk sygdom /DÆMP	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. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	2015
61	5.3.4	Kommunikation	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	2015
62	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	2015
63	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	2015
68	5.4.2	Forebyggelse + rehab	For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt 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	2015
69	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	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.	2015
72	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab.	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.	2015
73	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab	Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.	2015
<b>2016</b>				
6	3.1	Nye sam	Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren	2016
7	4.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)	2016
8	4.1.1	Børn	For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	2016
10	4.2.1	Svangre	For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.	2016

## Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016

Bilag 1 - Side 3 af 4				
14	5.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.	2016
20	5.1.3	Patientsikkerhed	Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.	2016
23	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.	2016
24	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.	2016
26	5.1.5	Medicin	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.	2016
28	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.	2016
31	5.1.8	Forskning	For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdspartner i eget forløb.	2016
33	5.2.1	Forebyggelse + rehab	Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)	2016
41	5.2.6	Misbrug	Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.	2016
43	5.2.7	Børn	Synlige eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	2016
44	5.2.7	Børn	Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.	2016
45	5.2.8	Psyk	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	2016
48	5.2.9	Psyk	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	2016
53	5.3.1	Kommunikation	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	2016
55	5.3.2	Kronisk sygdom /DÆMP	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	2016
56	5.3.2.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	2016
57	5.3.2.2	Svangre	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	2016
59	5.3.4	Medicin	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	2016
60	5.3.4	Medicin	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	2016
64	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.	2016

## Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016

65	5.3	Kronisk sygdom /DÆMP	Indføre nye indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.	2016
66	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.	2016
67	5.4.1	Forebyggelse + rehab	For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.	2016
70	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).	2016
74	5.4.5	Forebyggelse + rehab.	Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.	2016
2017/ 2018				
12	4.2.3	Udsatte borgere	For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.	2017/ 2018
25	5.1.5	Rådgivning	Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. hygiejne ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.	2017/ 2018
34	5.2.2	Svangre	Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.	2017/ 2018
35	5.2.2	Svangre	Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen. (2016)	2017/ 2018
36	5.2.3	Børn	Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger	2017/ 2018
37	5.2.4	Børn	Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.	2017/ 2018
40	5.2.5	Børn	Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom	2017/ 2018
46	5.2.8	Psyk	Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentrene om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.	2017/ 2018
49	5.2.9		Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.	2017/ 2018
71	5.4.3	Forebyggelse + rehab	Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.	2017/ 2018

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

Bilag 2 - Side -1 af 8 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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

2	2.	Bilag 2 Borgeren som aktiv	Side 2 af 8 <b>Større 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 sårurdering</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 Videncenter. 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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

11	4.2.	Bilag 2 - Side 8 af 8 sam/psyk	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 koordinerende 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 databreven 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	

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

19	5. Bilag 2 Side 4 af 8	3	erhed	<p><b>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></p>	<p>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.</p> <p>Patientsikkerhedsrådet for praksissektoren har i efteråret ændret kommissorium til at inkludere kommunale repræsentanter og et mere tværsektorielt fokus på læring og indsatser.</p>	<p>De tværsektorielle patientsikkerhedsfora træder i kraft primo 2015.</p> <p>Patientsikkerhedsrådet træder i kraft marts 2015</p>	2015	2015	Forankret i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed		<p>Primært personaleressourcer. Der er midler så praksiskonsulenter kan deltage 2 gange årligt i patientsikkerhedsfora</p>	Igangsat
21	5.1.	4	Kronisk sygdom /DÆMP	<p><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)</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	2015	2015	Afventer ny gruppestruktur		<p>Primært personaleressourcer</p>	Igangsat
22	5.1.	4	Kronisk sygdom /DÆMP	<p><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).</p>	<p>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.</p>	<p>Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2. kvartal 2015</p>	2015		Afventer ny gruppestruktur		<p>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</p>	Igangsat
27	5.1.	5	Rådgivning	<p><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></p>	<p>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.</p>	<p>Fase 1: Projektperiode til ultimo august 2015. Fase 2: september 2015 og frem overgår projektet til drift.</p>	2015	2015	Arbejdsgruppe og projektleder	<p>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.</p>	<p>Det forventes at der kommer en national finansieringsmodel</p>	Igangsat

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

29	5. Bilag 2 - Side 5 af 8	6	sygdom /DÆMP	<b>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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

51	Bilag 2 1	Kommunikation	<p><b>Sider 6 og 8</b></p> <p><i>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</i></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 kliniken 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 samarbejdesaftalerne 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 samarbejdesaftalerne 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 kliniken 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 kliniken 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	2016	<p>Arbejdsgruppe vedr. revision af samarbejdsaftale på voksenområdet. Arbejdsgruppe vedr. revision af samarbejdsaftale på børneområdet. (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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

58	Bilag 2 - Side 7 af 8 5.3.1 sygdom /DÆMP	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. (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 iTværsætoriel Forskningsenhed (Projektleder), Styregruppe med regionale og kommunale repræsentanter, Lokale samordningsudvalg	Sundhedsfaglige og administrative (både regionale og kommunale), kompetencer indenfor kvalitative og kvantitative evalueringemetoder	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	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	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	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	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	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	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	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	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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

69	5.3	Forebyggelse + rehab.	<b>Bilag 2, Side 8 af 8</b> 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.	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	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	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

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

**Bilag 3 - Side -1 af 6  
IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 V12 22.12.14 - 2016**

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.

**Faseopdeling:** **Fase 1** 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. **Fase 2** 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. **Fase 3** 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.

**Økonomi:** 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

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
6	3.1	Nye sam	<b>Udvælgelse og afprøve to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren</b>	Opgaven er afhængig af, at der er aftalt principper jfr indsats 5. Derefter skal der udarbejdes et samlet oplæg til proces og indhold: a. Kriterier for udvælgelse aftales (skal der aftales en 'ansøgningsprocedure', hvilke kriterier skal modelprojektet opfylde, hvilke øvrige hensyn skal være en betingelse for udvælgelse) b. Betingelser for modelprojektets afprøvning aftales (skal der eksempelvis afsættes en central pulje til at understøtte projektets afprøvning, skal der nedsættes et centralt projektsekretariat der kan være behjælpelig med opstart, implementering og drift) c. Krav til dokumentation og evaluering aftales (for at sikre sammenlignelighed på tværs af projekter og dokumentation der kan bruges, hvis et modelprojekt ønskes udbredt af andre aktører eller i andre områder) <u>Udvælgelse af modelprojekter</u> a. Udvælgelse b. For hvert projekt aftales en konkret udmøntningsplan (opstart, reference til evt. projektsekretariat, datoer for statusmøder, dokumentation og afslutning)  Løbende evaluering og afsluttende opsamling/rapport efter en afprøvningsperiode på 1-2 år afhængig af projektets omfang. Evt. afholdelse af en samlet konference/temadag, hvor resultater og erfaringer udbredes til en bred interessentgruppe.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2. - 4. kvartaler 2016 herunder løbende evaluering efter de aftalte kriterier for dokumentationen. Fase 3: 2017	2016	2018	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Repræsentation. Sektorer: PLO-H, Kommuner (KKR), Region Hovedstaden Organisatorisk: faglig, administrativ repræsentation og ledelsesmæssig forankring og ejerskab	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	2016

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

7	4.1.1	Bilag 3 - Side 2 af 6 sygdom /DÆMP	<b>For at sikre at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)</b>	Denne opgave skal ses i sammenhæng med udvikling og afprøvning af differentierede indsatser. Metoderne skal bruges til at identificere sårbare borgere med henblik på, at de skal tilbydes en indsats mere målrettet deres behov. Der er følgende trin i arbejdet med udvikling af metoder: 1) Hvilke kriterier er der for sårbarhed og derved hvilke målgrupper (fx etniske, multisyge etc.) 2) Afgrænsning af problemstillingen, herunder hvilke udfordringer er der knyttet til de forskellige målgrupper. 3) Hvad ved vi om, hvilke metoder der kan bruges til de afgrænsede målgrupper og 4) udvikle eller udvælge metoder	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: starter 2.kvartal 2016.	2016		Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. evaluering og implementering	tværsektoriel administrativ arbejdsgruppe med repræsentanter fra klinik og kommune samt patientinddragelsesudvalget		2016
8	4.1.1	Børn	<b>For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.</b>	Der skal udvikles en model for samarbejdet, som sikre bedre hjælp til socialt sårbare familier. Der skal ske en afdækning af målgrupper, dvs. hvor behovet er størst, fx sårbare familier med børn med psykiatriske diagnoser eller familier med børn med specifikke somatiske kroniske sygdomme. Der skal beskrives hvilken type tværsektoriel indsats, som vil hjælpe disse familier. Indsatsen afventer erfaringer fra igangværende initiativer på området [360 grader- projekt for sårbare familier, resultater fra Børnedatabasen Børns Sundhed, herunder analyser fra SIF vedr. kobling med socioøkonomi og LPR]. Afprøvning af model, evaluering og overvejelser omkring evt. udbredelse.	Afventer resultater fra igangværende arbejde. Fase 1 og 2: 3-4. kvartal 2016.	2016	2018	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. evaluering og implementering	Børneområdet (socialrådgivere, psykologer, almen medicin/almen praksis, sundhedsplejen, børneafdelinger)	I fase 1 og 2 vil det primært være personaleresourcer. I fase 3 vil der være omkostninger til ekstra ressourcer til afprøvning af model og evaluering. Eventuel udbredelse kan have økonomiske konsekvenser	2016
10	4.2.1	Svangre	<b>For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.</b>	Det er/har været mange lokale tværsektorielle projekter om sårbare gravide. Der er således en vis "projektræthed" på området samtidig med, at der ikke er et samlet overblik over projekterne. Der er således behov for en samlet evaluering af tidligere/igangværende tværsektorielle projekter. Evaluering bør have fokus på, hvilke anbefalinger der vil kunne udbredes bredt for at sikre en bedre indsats over for sårbare gravide.	Fase 1: 2 kvartaler i 2016 Fase 2: Forberedelse og analyse, 3-4 kvartaler i 2016/17 Fase 3: implementering af anbefalinger	2016		Fødeplansudvalg eller evt. undergruppe herunder?	Sundhedsfaglige (jordemødre, sundhedsplejersker, børnelæger) og forskningsmæssige/analytiske kompetencer (	I fase 1 og 2 vil det primært være personaleresourcer. I fase 3 vil der være ekstra ressourcer til igangsettelse af anbefalinger og efterfølgende implementering	2016
14	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.</b>	Afventer national juridisk afklaring og beslutning om databasen. Grundlaget for datafangst er beskrevet i overenskomsten og Sundhedsloven. Indsatsen forventes indarbejdet i praksisplanen.	Afventer praksisplan	2015 obli/2016		Praksisplanudvalgets administrative styregruppe (PAS)		Evt. økonomi håndteres i praksisplanen	2016 Obli
20	5.1.3	Patientsikkerhed	<b>Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem rele-vante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.</b>	Opgaven: Informations og læringsspredning.	Opstart medio 2016. Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016		Center for Sundhed, EKP faciliterer denne proces	Aktører: Socialpædagoger, RegH Psyk, almen praksis, speciallæge praksis, hjemmesygeplejen.		2016

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

23	5.1. Bilag 3 Side 6 af 6	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.</i>	Der pågår allerede rådgivning af kommunerne med udgangspunkt i sundhedsprofilarbejdet herunder strategier for forebyggelse ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS). Denne rådgivning skal udvikles med henblik på anvendelse af data og prioritering af indsatser, herunder skal der foregå en afgrænsning i forhold til specifikke evalueringprojekter. Desuden skal der være fokus på snitflader til rådgivning i andet regi, eksempelvis fra nationalt niveau. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	1. fase: 1. kvartal 2016. 2. fase: 2.-4. kvartal 2016	2016		Som udgangspunkt bevares den nuværende styregruppe for sundhedsprofilarbejdet. Forankringen af styregruppen afventer ny gruppestruktur.	Administrative fra region og kommuner samt forskningsmæssige fra FCFS.	Primært personaleressourcer.	2016
24	5.1. 5	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.</i>	A) Vedr. datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og multisygdom, se under pkt. 23. B) Rådgivning vedr. differentierede indsatser udfoldes i takt med, at der høstes erfaringer fra andre indsatser i sundhedsaftalen.	vedr. A) Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2.-4. kvartal 2015. Vedr. B) Faseplan er afhængig af øvrige indsatser i sundhedsaftalen og må derfor afklares senere	2015		Vedr. A) se under pkt. 23. Vedr. B) afklares senere	Administrative og sundhedsfaglige fra region og kommuner samt forskningsmæssige fra FCFS og andre regionale forskningsområder	Primært personaleressourcer.	2016
26	5.1. 5	Medicin	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.</i>	At udarbejde en aftale om regionens rådgivning på medicinområdet. Aftalen skal beskrive indsatsområderne samt indholdet af rådgivningen, formen, organiseringen, økonomi samt evaluering	Fase 1: 1. kvartal 2016 . Fase 2: 2- 4 kvartal 2016	2016		Afventer ny gruppestruktur.	Den regionale lægemiddelkomite, EKP, viden om hvordan en rådgivning reelt kan udføres - klinikken, viden om sammenhæng til øvrige medicintiltag, Viden om FMK og polyfarmaci	primært personaleressourcer. Indgåelse af aftale kan medføre ekstra ressourcer til igangsættelse og drift af indsatsen	2016
28	5.1. 5	Rådgivning	<i>Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.</i>	Kommunernes behov for let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete forløb for borgere med komplekse behov beskrives, herunder behov for systematisering af adgangen. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	Fase 1: 3.-4. kvartal 2016. Fase 2: 2017	2016		Afventer ny gruppestruktur.	Sundhedsfaglige (klinisk faglige og administrative) (både regionale og kommunale), ledelsesrepræsentation	primært personaleressourcer.	2016
30	5.1. 7	Øvrige	<i>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.</i>	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
31	5.1. 8	Forskning	<i>For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdsparter i eget forløb.</i>	Forud for igangsættelsen af forskningsprojekterne skal der identificeres områder hvor der er særligt stort behov for at gennemfører tværsektorielt forankrede forskningsprojekter. Herudover skal der identificeres kommuner med interesse og mulighed for at indgå i forskningsprojekter. Processen skal udarbejdes under hensyn til budgetprocessen i de deltagende kommuner. Der skal udarbejdes konkrete oplæg til "forskningsprojekter" og indhentes tilsagn fra involverede kommuner, godkendelse i SKU.	Fase 1: 1. kvartal 2016: Fase 2: 2-3 kvartal 2016: Fase 3: fra 4. kvartal 2016	2016	2018	Opgavenforankres i styregruppen for tværsektorielt forsknings samarbejde			2016

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

33	5.2.1	Bilag 1 Børn + rehab	<b>Side 4 af 6</b> <i>Udarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)</i>	1) Definere hvilke borger-patientgrupper der er tale om. 2) Indgå lokale aftaler om henvisning til kommunale tilbud forud for operation.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2 og 3: resten af 2016	2016		Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering		primært personaleressourcer	2016
41	5.2.6	Misbrug	<i>Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.</i>	Der nedsættes arbejdsgrupper på af tværs af region, kommuner og almen praksis, der kan arbejde videre med en præcisering og definering af opgaverne: <u>a)</u> At få skabt et overblik for regionerne kommunerne og almen praksis, der angiver, hvilke myndighed, der har hvilket ansvar i forhold til mennesker med et skadeligt eller afhængigt forbrug af rusmidler (dette med henblik på at give et hurtigt overblik over arbejdsfordelingen). Konkret: Dette kan være i form af screening(kort spørgeguide). Eksempelvis med udgangspunkt i de screeningsværktøjer, der allerede anvendes på området. F.eks. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om konvention i fht. alkoholvanen. Arbejdsgruppen udarbejder screeningsværktøj, samt en drejebog for systematisk tidlig opsporing. <u>b)</u> have særlig fokus på systematisk tidlig opsporing af forbrug af rusmidler på psykiatriområdet. 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> 2. kvartal af 2016 <u>2. fase:</u> 3. og 4. kvartal af 2016 og 1. kvartal af 2017 <u>3. fase:</u> fra 2. kvartal af 2017	2016	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.	For fase 1 og 2 vil det primært være personaleressourcer. Ved fase 3 kan der være udgifter til kommunikation. Synlighed kan skabe større efterspørgsel.	2016
43	5.2.7	Børn	<i>Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.</i>	Det skal være nemt at få overblik over, hvilke tilbud der findes til børn i familier med misbrugsproblemer. Der skal træffes beslutning om, om det fx også er SOFT-portal, der er mest hensigtsmæssig hertil.	Fase I: De nuværende tilbud (primært kommunale) afdækkes og det afklares, hvem der typisk henviser hertil og om der er andre faggrupper, som evt. ikke henviser pga. manglende kendskab. Dvs. målgruppen for formidlingen af tilbuddene skal indkredses. Fase III: Det besluttet, hvad der er mest hensigtsmæssigt mht. synliggørelse. Fase 3: Implementering	2016	2016	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	børneområdet bredt (sundhedfagligt, socialrådgiver, psykolog og familierådgivere) samt på misbrugsområdet, fx behandlere.		2016
44	5.2.7	Børn	<i>Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.</i>	Det skal sikres, at der er klare aftaler om, hvordan og hvornår der tværsektorielt informeres om familier med misbrugsproblematiker. De nuværende tilbud (primært kommunale) afdækkes og det afklares, hvem der typisk henviser hertil og om der er andre faggrupper, som evt. ikke henviser pga. manglende kendskab. Dvs. målgruppen for formidlingen af tilbuddene skal indkredses. Det skal udarbejdes forslag til, hvad der er mest hensigtsmæssigt mht. synliggørelse. Implementering af aftale.	Fase 1: 2. kvartal 2016, Fase 2: 3. og 4. kvartal 2016. Fase 3: 1. og 2. kvartal 2017	2016	2017	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	børneområdet bredt (sundhedfagligt, socialrådgiver, psykolog og familierådgivere) samt på misbrugsområdet, fx behandlere.	primært personaleressourcer	2016
45	5.2.8	Psyk	<i>Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.</i>	Afventer generisk model for forløbsprogram fra Sundhedsstyrelsen.		2016		Afventer ny gruppestruktur.			2016
48	5.2.9	Psyk	<i>Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.</i>	Der skal sikres synlighed omkring eksisterende forebyggelsestilbud (sammenhæng til indsats 32) - herefter skal principper aftales. Den konkrete implementering aftales i Samordningsudvalgene.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. kvartal 2016 Fase 3: aftales i Samordningsudvalgene	2016		Aftaler om implementering via Samordningsudvalgene	Deltagelse fra psykiatrien, somatiske hospitaler, almen praksis og kommunerne - viden om forebyggelsestilbud og motivation		2016

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

53	5.3.1	Bilag 3 - Side 5 af 6 Kronisk sygdom /DÆMP	Udarbejde aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	Udarbejdes aftale for området med udgangspunkt i lokale erfaringer.	Der udarbejdes et administrativt udkast til aftale på baggrund af erfaringer i Midt og Bornholm	2016	2016	Afventer ny gruppestruktur. Der skal tages stilling til implementeringen	Socialpædagogisk og kommunikativ viden. Juridisk viden om opgaveafgrænsning.	Afhænger af aftalen	2016
55	5.3.2	Kronisk sygdom /DÆMP	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	Følge op på implementering af redskaber til tidlig opsporing, herunder afklaring af, hvorvidt der er behov for understøttende aktiviteter i kommunerne og almen praksis	opstart 2016 med foranalyser	2016		Afventer ny gruppestruktur.	Administrative (kommunale og regionale)	primært personaleressourcer. Hvis der udpeges redskaber, der skal implementeres kan der være ekstra ressourcer til igangsættelse og implementering	2016
56	5.3.2.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	Nedsætte arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, almen praksis og hospitalerne (samme som under 29) med henblik på at udarbejde aftaler for det tværsektorielle samarbejde omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. og 4. kvartaler 2016. Fase 3: 2017 og 2018	2016	2018	Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Sundhedsfaglige (klinisk faglige og administrative) (både regionale og kommunale), ledelsesrepræsentation og PLO	primært personaleressourcer. Implementering af aftale kan medføre ekstra ressourcer til igangsættelse og drift af indsatsen	2016
57	5.3.2.2	Svangre	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	Nyfødte udskrives i dag meget tidligt efter fødslen, hvilket medfører en del genindlæggelser, typisk som følge af manglende etablering af velfungerende amning. Der er tal, som tyder på en markant stigning, men også metodemæssig tvivl om, hvordan dette opgøres. Der er derfor behov for en analyse på området, som er grundig mht. hvilke diagnoser osv. der medtages. Der er en ny vejledning til dataopgørelse fra SST/SSI, som skal inddrages.	Fase I: Beskrivelse af analyseopgaven . Fase II: Analyse. Fase III: Konklusioner/anbefalinger.	2016	2016	Fødeplansudvalg eller evt. undergruppe herunder?	Sundhedsfaglige (jordemødre, sundhedsplejersker, børnelæger) og analytiske kompetencer ift. sundhedsdata (formentlig både fra CØK og eksterne)	primært personaleressourcer	2016
59	5.3.4	Medicin	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	Afventer resultatet af FMK tværsektoriel arbejdsgruppen se punkt 17	Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016	2016	Afventer ny gruppestruktur.		primært personaleressourcer	2016
60	5.3.4	Medicin	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	Med udgangspunkt i notat fra marts 2014 om tværsektorielle anbefalinger for medicingennemgang i Region Hovedstaden udarbejdes forslag om en model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning. Når modellen er godkendt udarbejdes en implementeringsplan. Dernæst er opgaven at få modellen implementeret og efterfølgende evalueret.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2., 3. og 4. kvartaler i 2016. Fase 3 : 2017. Fase 4: evaluering 1. kvartal 2018.	2016		Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedrørende implementering.	PLO, farmaceuter, Apotek, kommunale sygepleje, klinisk farmakologi, FMK, regional medicinkonsulent, lægemiddelkomite, regionale kliniske erfaringer	Fase 1 og 2 er det primært personaleressourcer. Fase 3 og 4 vil kræve ekstra ressourcer	2016

**Punkt nr. 2 - Godkendelse af forslag til sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 og 1. drøftelse af sundhedsaftalens implementeringsplan for 2016**

64	5.3.5	Bilag 3 - Side 6 af 6 Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Sikre indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.</b>	Indhold i og organisering af indsatserne beskrives i implementeringsplanerne vedr. implementering af forløbsprogrammerne for rehabilitering af erhvervet hjerneskade for hhv. børn/unge og voksne (jf. indsats 63).	Der foretages en prioritering ift. opstart af de enkelte indsatser i hhv. 2016 og 2017 på baggrund af økonominotat og implementeringsplaner	2016	2018	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	2016
65	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.</b>	Skal håndteres i forbindelse med revision af programmet - se indsats 66	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. implementering af forløbsprogram for demens			2016
66	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<b>Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.</b>	At revidere forløbsprogrammet i løbet af 2015 med endelig godkendelse i DAS primo 2016. Se indsats 65. Fortsat implementering af det nuværende program med særligt fokus på almen praksis. - obs til praksisplanen.	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. implementering af forløbsprogram for demens samt KAP-H			2016
67	5.4.1	Forebyggelse + rehab	<b>For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.</b>	Sikre videndeling og best practice på området. Sag til SFR ortopædkirurgi?		2016		Opgaven er organisatorisk forankret under DAS. Afventer ny gruppestruktur.			2016
70	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	<b>Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).</b>	Undersøge hvilke diagnosegrupper, der er evidens for effekt. Nedsætte en arbejdsgruppe.	FASE 1: Udpege diagnosegrupper, beskrive effekt. FASE2: Udarbejde retningslinjer for en diagnosegruppe FASE 3: Afprøve retningslinjer FASE 4: Udvikle øvrige retningslinjer	2016	2018	. Afventer ny gruppestruktur. Der tages særskilt stilling vedr. implementering	Fysioterapi og ortopædkirurgi	Udredning kræver primært personaleressourcer. Der kan være ekstra ressourcer til igangsættelse af nye aktiviteter og efterfølgende implementering	2016
74	5.4.5	Forebyggelse + rehab.	<b>Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.</b>	Indsatsen håndteres i Praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019 afsnit 3.3.3	Der henvises til Praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019 afsnit 3.3.3	2016				Der henvises til Praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019 afsnit 3.3.3	2016

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -1 af 24**

## Nye indsatser for hjemtagning af færdigbehandlede borgere – 2014 og 2015

Samlede indsatser fra kommunerne i Hovedstaden

Kommune		Indsatser hjemtagning af færdigbehandlede	Forventede effektmål
Albertslund	2014	Der er igangsat en styrket træningsindsats efter udskrivelse fra sygehus, hvor borgeren modtager ergoterapi og fysioterapi i eget hjem med henblik på hurtigt at genvinde tabte færdigheder og dermed undgå genindlæggelser.	At den øgede træningsindsats medfører færre genindlæggelser og færre færdigmeldte borger på hospitalet (denne effekt registreres allerede).
Albertslund	2015	Ovenstående træningsindsats planlægges videreført.  Ultimo 2015 åbnes nyt sundhedshus- og plejecenter, hvor der planlægges etableret 12 fleksible pladser til hurtigere hjemtagelse af borgere med mere komplekse pleje- og genoptræningsproblematikker.	At pladserne medfører, at der ligger færre færdigmeldte borger på hospitalet.
Allerød	2014	I Allerød har følgende prioriteringer forventet effekt op hjemtagning af færdigbehandlede borgere: Åbning af yderligere 20 plejeboliger Ændret sammensætning med øgede kompetencer på plejecentre og midlertidig gang Testning af en akut pladsfunktion (en plads) Daglig opfølgning i visitationen af venteborgere	Alle indsatser rækker mod at sikre hjemtagning af alle færdigbehandlede borgere indenfor tidsfristerne, reguleret i Sundhedsaftalerne.  Da såvel demografi, sygdomsforekomster og ydelser på regionens hospitaler er faktorer der er indbyrdes afhængige, er det ikke altid muligt at hjemtage borgere, der ikke kan passes i eget hjem rettidigt.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -2 af 24**

<p><b>Allerød</b></p>	<p><b>2015</b></p>	<p>I Allerød har følgende prioriteringer forventet effekt op hjemtagning af færdigbehandlede borgere:          Åbningsplan af 10 nye demenspladser, heraf 2 forventede som midlertidige pladser          Etablering af akutteam, herunder mulighed for øget kompetenceprofiler, når der er en afklaring af det lægelige behandlingsansvar.          Daglig opfølgning i visitationen af venteborgere</p>	<p>Alle indsatser rækker mod at sikre hjemtagning af alle færdigbehandlede borgere indenfor tidsfristerne, reguleret i Sundhedsaftalerne.          Da såvel demografi, sygdomsforekomster og ydelser på regionens hospitaler er faktorer der er indbyrdes afhængige, er det ikke altid muligt at hjemtage borgere, der ikke kan passes i eget hjem rettidigt.</p>
<p><b>Ballerup</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pilotprojekt til hjemtagning af FM borgere – forebygge at borgere indstilles til plejebolig fra en indlæggelse på hospital: – borger forsøges udskrevet til eget hjem i en beskrevet periode med øget hjemmehjælp, som består af længere besøg i stedet for punktbesøg. Der udarbejdes handleplaner for plejen og installeres midlertidige hjælpemidler (ekstra udgift i henhold til SEL §112), før borgeren kan indstilles til plejebolig.</li> <li>2) Visitationen overtager koordinering af forløbene på kommunens korttids- og genoptræningspladser</li> <li>3) Arbejdsgruppe arbejder med forebyggelige (gen)indlæggelser, herunder eventuel manglende rettidig omhu hos pleje-personale.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lavere søgning til plejeboligerne</li> <li>2) Sikre flow i forløbene og undgå spild dage</li> <li>3) Optimering af arbejdsprocedure</li> </ol>
<p><b>Ballerup</b></p>	<p><b>2015</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Skærpelse af kriterierne for tildeling af plejebolig.</li> <li>2) Optimering af samværsgrupper og daghjem.</li> <li>3) Udvide informationen om borgernes rettigheder i forhold til at kunne søge udenbys plejeboliger</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lavere søgning til plejeboligerne</li> <li>2) Afkortning af ventetid på kort sigt, og optimal anvendelse af de tilgængelige fysiske områder på plejecentrene – herunder vurdering af flere korttidspladser og genoptræningspladser.</li> <li>3) At reducere flaskehalsen til plejeboligerne i</li> </ol>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -3 af 24**

			Ballerup Kommune
<b>Bornholm</b>	<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på kommunikationsaftalen og samarbejdet med Bornholms Hospital omkring korrekt og rettidig information på tværs af sektorer i forbindelse med indlæggelse/udskrivelse.</li> <li>• Øget kapaciteten på kommunens rehabiliteringscenter til modtagelse af borgere fra hospitalet (omlægning fra 'ventepladser' til korttidspladser til borgere fra hospitalet)</li> </ul>	Fastholde kommunens lave antal ventedage jf. nedenstående figur.
<b>Bornholm</b>	<b>2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsat fokus på kommunikationsaftalen og samarbejdet med Bornholms Hospital omkring korrekt og rettidig information på tværs af sektorer i forbindelse med indlæggelse/udskrivelse.</li> <li>• Styrkelse den rehabiliterende indsats på kommunens rehabiliteringscenter.</li> </ul>	Fastholde kommunens lave antal ventedage jf. nedenstående figur.
<b>Brøndby</b>	<b>2014</b>	<p>Der blev i 2014 midler til opnormering og styrkede kompetencer af personalegrupperne på vores rehabilitering-, akut- og flekspladser. Dette er sket for at kunne håndtere de mere komplekse pleje- og træningsforløb kommunen modtager fra hospitalerne. Dette for ligeledes at imødekomme behovet for at håndtere lettere behandlingsforløb, uden indlæggelse, af borgeren på de subakutte pladser.</p> <p>I 2012 besluttede kommunalbestyrelsen en udvidelse af antallet af midlertidige pladser fra <b>13 pladser i 2012</b> til <b>22 pladser i 2016</b>, heraf skulle 10 pladser være forbeholdt rehabilitering.</p>	At kunne hjemtage færdigbehandlede patienter straks, samt at kunne undgå unødvendige hospitalsindlæggelser af hjemmeboende borgere.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -4 af 24**

	Rehabiliterings - pladser		Akut/Flekspladser		Midlertidige pladser i alt	
	Budget	Realiseret	Budget	Realiseret	Budget	Realiseret
2012	6	6	7	7	13	13
2013	10	10	6	6	16	16
2014	10	10	8	12	18	22
2015	10	10	10	12	20	22
2016	10	10	12	12	22	22

I 2014 var der oprindeligt budgetteret med en udvidelse på 2 pladser fra 16 til 18 pladser, men henover foråret og sommeren er antallet af færdigbehandlede patienter steget, hvorfor man i sensommeren besluttede at fremrykke den budgetterede udvidelse i 2015. Presset fortsatte i efteråret hvorfor, det blev besluttet at udvidelsen i 2016 ligeledes skulle fremrykkes til 2014. Dette betyder at der er ultimo 2014 i alt er 22 midlertidige pladser.

Merbevilling til igangsættelse af ovennævnte initiativer, til en styrket indsats for hjemtagning af færdigbehandlet patienter udgør:

	2014	2015
Merbevilling i forhold til 2013	1.446.000	3.303.000
		0

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -5 af 24**

<b>Brøndby</b>	<b>2015</b>	Den planlagte udvidelse af midlertidige pladser med 2 i 2015 og 2 i 2016 er fremrykket til efteråret 2014.	
<b>Dragør</b>	<b>2014</b>	Dragør Kommune har kapacitet til at hjemtage borgere fra hospitalerne, således at der ikke bør ligge færdigbehandlede borgere fra Dragør Kommune på hospitalerne.	MOF (Melding Om Færdigbehandling), som viser at Dragør Kommune ikke har store udfordringer herpå.
<b>Dragør</b>	<b>2015</b>	Dragør Kommune har kapacitet til at hjemtage borgere fra hospitalerne, således at der ikke bør ligge færdigbehandlede borgere fra Dragør Kommune på hospitalerne.	MOF (Melding Om Færdigbehandling), som viser at Dragør Kommune ikke har store udfordringer herpå.
<b>Egedal</b>	<b>2014</b>	11.11.2014 udvider Egedal Kommune antallet af midlertidige døgnpladser fra 15 til 25 pladser. De 5 pladser er midlertidige til kommunen i marts 2016 åbner nyt plejecenter og derved ikke forventer at have ventepatienter til plejeboliger.	Egedal Kommune forventer herefter at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere løbende

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -6 af 24**

<b>Egedal</b>	<b>2015</b>	Der vil ikke være nye tiltag i 2015 – men fra marts 2016 åbnes minimum 31 nye plejeboliger, hvilket vil styrke Egedal Kommune yderligere i forhold til at hjemtage færdigbehandlede borgere og medio 2017 forventes yderligere åbnet et antal plejeboliger.	Egedal Kommune forventer herefter at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere løbende
<b>Fredensborg</b>	<b>2014</b>	Ingen nye indsatser I sammenligning med de øvrige kommuner i Region H ligger Fredensborg som den 3.die bedste kommune. I år har vi til 1.08.14 haft 61 dage, hvorfor vi ikke sætter yderligere tiltag i gang for at holde målet under 150 dage/år.	Under 150 dage årligt
<b>Fredensborg</b>	<b>2015</b>	Ingen nye indsatser	Under 150 dage årligt
<b>Frederiksberg</b>	<b>2014</b>	<b>Styrket fremskudt visitation* på medicinsk modtage afsnit Frederiksberg Hospital.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Med det formål at sikre sammenhæng mellem indlæggelsesforløb og udskrivelse til hjemmet er der etableret daglig deltagelse af visitator ved morgenkonferencen på medicinsk modtage afsnit Frederiksberg hospital.</li> </ul> <b>Fremskudt visitation på Bispebjerg hospital.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der er i 2014 etableret fremskudt visitation på Bispebjerg Hospital tre dage om ugen.</li> </ul>	50 % reduktion af antal færdigbehandlingsdage.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -7 af 24**

		<p><b>Etablering af fremskudt visitation på kommunens to rehabiliteringsinstitutioner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med henblik på kvalitetssikring af hjemsendelser og fokus på turnover deltager visitationen nu i alle tværfaglige konferencer på døgnrehabiliteringsinstitutionerne.</li> </ul> <p><b>Udvidelse af antallet af fleksible pladser.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antallet af fleksible døgnpladser er i 2014 udvidet fra 15 til 18.</li> </ul> <p><b>Styrket samarbejde</b> mellem døgnrehabiliteringspladserne, hjemmeplejen/sygeplejen og visitationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afholdelse af ugentlige konferencer på tværs af visitation, hjemmesygepleje, hjemmeplejen og døgnrehabilitering med fokus på udskrivelse af færdigbehandlede indlagte.</li> </ul>	
<b>Frederiksberg</b>	<b>2015</b>	<p><b>Tidsbegrænsning af rehabiliteringsophold.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra en praksis hvor et rehabiliteringsophold som udgangspunkt ikke er tidsbegrænset vil et rehabiliteringsophold i 2015 blive visiteret til en varighed af 2, 4 eller 8 uger med mulighed for forlængelse</li> </ul> <p><b>Udvidelse af fremskudt visitation.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvidelse af fremskudt visitation fra dagligt på Frederiksberg Hospital og tre dage om ugen på Bispebjerg Hospital til dagligt på begge hospitaler.</li> </ul>	Under 100 færdigbehandlingsdage i 2015
<b>Frederikssund</b>	<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering af akutteam i hjemmesygeplejen, bl.a. med formål at sikre hjemtagelse af færdigbehandlede patienter.</li> <li>• Etablering af fremskudt visitation, til styrket koordinering og samarbejde.</li> <li>• Ændrede kvalitetsstandarder for midlertidigt ophold og plejebolig, til frigørelse af kapacitet.</li> <li>• Øget flow på kommunens midlertidige pladser, til frigørelse af kapacitet.</li> </ul>	Der har ikke været dannet egentlige effektmål, men det formodes at indsatserne har bidraget til en væsentlig reduktion i antallet af færdigbehandlede borgere, i forhold til hvis indsatserne ikke var iværksat.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -8 af 24**

Frederikssund	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering af kommunal rehabiliteringsafdeling på Frederikssund Hospital.</li> <li>• Udvidelse af rehabiliteringsafdeling fra 14 til 24 pladser.</li> <li>• Etablering af fleksibel normering på rehabiliteringsafdeling til spidsbelastningsperioder.</li> </ul>	<p>Det forventes at initiativer igangsat 2015, kan reducere antallet af færdigbehandlede borgere væsentligt fra hospitalerne, således der medio 2015 ikke findes færdigbehandlede borgere fra Frederikssund Kommune på hospitalerne. Dette forventes <u>hvis samme forudsætninger fra 2014 er intakte</u>, og flowet fra hospitalerne ikke ændres.</p>
Furesø	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fremskudt visitation/opfølgingsbesøg på hospitalerne i Region H i fht. ændringer i den indlagtes funktionsniveau. Det afsøges om der er færdig-meldte borgere der afventer et kommunalt tilbud, herunder f.eks. midlertidige pladser i stedet vil kunne passes i egen bolig, alternativt tilbydes andet tilbud.</li> </ul>	
Furesø	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indsats mhp at nedbringe andel af borgere over 65 år der ind- og genindlægges, og hvor det skønnes, at indlæggelse kunne være forebygget.</li> <li>• Ibrugtagning af 30 nye plejeboliger</li> <li>• Implementering af Triage i hele kommunen mhp. at forebygge indlæggelser</li> <li>• Udskrevne borger skal revisiteres/revurderes 1-8 dage efter udskrivelsen og efterfølgende tæt opfølgning mellem hjemmehjælpsleverandør og visitationen i forhold til triagering af borgeren.</li> <li>• Etablering af akutsygeplejeteam i samarbejde med Ballerup og Herlev Kommuner samt Gentofte/Herlev Hospitaler. Teamet vil kunne tilbyde pleje- og behandlingsopgaver som i dag ikke er en del af den kommunale opgaveløsning, mulighed for hjemtagning opstår.</li> </ul>	

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -9 af 24**

<b>Gentofte</b>	<b>2014</b>	<p><u>Tværgående træningsteam</u> I 2014 har Gentofte Kommune etableret et tværgående træningsteam, hvis hovedopgave er at levere hverdagsrehabilitering i borgerens egne hjem, i plejeboligerne og på plejehjem.</p> <p><u>Udvidelse af træningstiden på Tranehaven</u> I 2014 har Gentofte Kommune etableret et tilbud om træning i weekenden på Tranehaven (Gentofte Kommunes Center for forebyggelse og rehabilitering).</p> <p><u>Akut sygeplejefunktion</u> I 2014 etablerede Gentofte Kommune en akut sygeplejefunktion, som har til formål at undgå forebyggelige indlæggelser blandt især sårbare og svage ældre og borgere med kroniske sygdomme, der ofte ikke profiterer tilstrækkeligt af en hospitalsindlæggelse.</p> <p><u>Koordinerende sygeplejersker</u> De koordinerende sygeplejersker blev ansat 1. april 2009 som pilotprojekt og blev permanent ansat i funktionen i 2010. Initiativet videreføres i 2014 og 2015.</p>	<p><u>Tværgående træningsteam:</u> Indsatsen har en virkning på hjemtagningen af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet tiltaget styrker fleksibiliteten og flowet på Tranehaven (Gentofte Kommunes Center for forebyggelse og rehabilitering), da det er muligt at tilbyde mere individualiserede forløb. Derved undgås unødigt forlængelse af indlæggelsestiden på Tranehaven og i nogle tilfælde undgås et ophold helt. Det giver mulighed for at styrke hjemtagningen af færdigbehandlede patienter fra hospitalerne.</p> <p><u>Udvidelse af træningstiden på Tranehaven:</u> Indsatsen har en virkning på hjemtagningen af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet tiltaget styrker fleksibiliteten og flowet, da det er muligt at tilbyde mere individualiserede og fleksible forløb. Derved undgås unødigt forlængelse af indlæggelsestiden på Tranehaven, hvilket giver mulighed for at styrke hjemtagningen af færdigbehandlede patienter fra hospitalerne.</p> <p><u>Akut sygeplejefunktion:</u> Initiativet bidrager til hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet flere indlæggelser forebygges, og presset på systemet som helhed mindskes.</p> <p><u>Koordinerende sygeplejersker:</u> Initiativet bidrager til hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere fra hospitalerne, idet der med ansættelsen af</p>
-----------------	-------------	---	---

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -10 af 24**

			de koordinerende sygeplejersker arbejdes mere målrettet end tidligere med bedre koordinering af patientforløb og bedre planlægning af udskrivelse for borgere med behov for foranstaltninger i hjemmet.
<b>Gentofte</b>	<b>2015</b>	I 2015 videreføres de ovenfor nævnte initiativer.	Samme effektmål som ovenfor.
<b>Gladsaxe</b>	<b>2014</b>	Gladsaxe iværksatte indsatser allerede i 2010 med åbning af Træningscenter Gladsaxe med 80 midlertidige sengepladser og en omorganisering af udskrivningskoordinationen i Visitationen. Gladsaxe har ingen færdigbehandlede borgere liggende på hospitalerne.	

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -11 af 24**

<b>Gladsaxe</b>	<b>2015</b>		
<b>Glostrup</b>	<b>2014</b>	<p>Udvidelse af midlertidige pladser i kommunen. Der er etableret 5 nye pladser mht. at hjemtage borgere fra sygehus hurtigst muligt. Der er etableret bedre lokaletræningsfaciliteter og spisestue med udgang til have.</p> <p>Kommunen har 5 forskellige midlertidige pladser:  Venteplads, vurderingsplads, aflastningsplads, palliativplads, genoptræningsplads</p>	<p>Det har givet det effekt at, kommunen ikke længe har patienter der står og venter på hjemskrivelse. Udgiften på dette område er de sidste år faldet fra ca. 2 mio. til 0 kr.</p> <p>Kommunen har nu 16 midlertidige pladser.</p>
<b>Glostrup</b>	<b>2015</b>	<p>Fortsat udvikling af de midlertidige pladser, kompetenceudvikling til personalet på området samt drøftelse om mulighed for at oprette akutpladser (politisk ønske i fremtiden).</p> <p>Akut forstået som 1-2 pladser som eget personale kan visiterer til for at forebygge indlæggelser. Der ansættes endvidere en sygeplejerske med overbygning i 2015 der skal arbejde med at opspore årsag og sammenhæng på område vedr. indlæggelser og genindlæggelse. Det er den ny Ældreplje 2015 der finansierer halvdelen af lønudgiften.</p>	<p>Af forebygge og opspore indlæggelse og genindlæggelser samt optimere og holde fokus på området vedr. hurtig hjemtagelse.</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -12 af 24**

<p><b>Gribskov</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p>Gribskov Kommune har Fremskudt Visitation, hvilket betyder, at der er en visitator tilstede hver dag på Hillerød Hospital. Denne sikrer vurdering af udskrivningsklare patienter, således at en hjemtagning kan foregå så hurtigt som muligt og med den rette hjælp.</p> <p>Gribskov Kommune råder desuden over 31 midlertidige pladser, som styres centralt i samarbejde med den fremskudte visitator. Dertil kommer 2 akutpladser som almen praksis kan visitere til som led i at forebygge indlæggelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I foråret 2014 er der etableret 12 ekstra plejeboliger for at sikre hurtig hjemtagelse af færdigbehandlede</li> </ul> <p>I sommeren 2014 er der etableret yderligere 2 midlertidige pladser målrettet borgere med demens</p>	<p>Gribskov har siden indførelsen af fremskudt visitation reduceret antallet af ventedage væsentligt. Forventningen er, at tallet fortsat vil være lavt.</p> <p>Yderligere fald i ventedage i 2014 som følge af udvidelse af kapacitet på plejeboliger</p>
<p><b>Gribskov</b></p>	<p><b>2015</b></p>	<p>Fremskudt visitation fortsætter . Det skal dog undersøges nærmere, om funktionen skal brede sig til Frederikssund Hospital, idet indlæggelsesmønsteret på de 2 hospitaler synes at have ændret sig.</p> <p>Der er truffet beslutning om etablering af yderligere 2 akutpladser i 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yderligere reduktion af ventedage</li> </ul>
<p><b>Halsnæs</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fremskudt Visitation</li> <li>2. Akutpladser</li> <li>3. Forbedre samarbejdet med almen praksis</li> </ol>	<p>Ad 1. Sikre rettidig hjemtagelse. Sikre sammenhængende og koordinerede udskrivelses forløb. Forebygge genindlæggelser. Sikre tilpas visitation og undgå ventedage. Sikre flow på Halsnæs Kommunes midlertidige døgnpladser.</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -13 af 24**

<b>Halsnæs</b>		<p>1. Fremskudt Visitation</p> <p>2. Akutpladser</p> <p>3. Triage – tidlig opsporing – Sygeplejekoordineret (planlagt 2015)</p>	<p>Ad 1. Sikre rettidig hjemtagelse. Sikre sammenhængende og koordinerede udskrivelses forløb. Forebygge genindlæggelser. Sikre tilpas visitation og undgå ventedage. Sikre flow på Halsnæs Kommunes midlertidige døgnpladser.</p> <p>Ad 2. Forebyggelige indlæggelser</p> <p>Ad 3.. Undgå unødige indlæggelser. Sikre smidige borgerforløb.</p>
<b>Halsnæs</b>	<b>2015</b>	<p>1. Subakut tilbud (samarbejde mellem Frederikssund hospital, praktiserende læge og Frederikssund hjemmepleje)</p> <p>2. Fremskudt hjemmesygepleje (planlagt)</p>	<p>Ad1. Undgå unødige indlæggelser,</p> <p>Ad. 2 Undgå unødige genindlæggelser. Sikre smidig overgang fra hospital til hjemmesygepleje</p>
<b>Helsingør</b>	<b>2014</b>	<p>Helsingør har allerede inden 2014 etableret et relativt stort apparat ift. hjemtagning fra hospitalerne – dels via et stort antal midlertidige pladser, og dels via et kompetent akut-team.</p> <p>I første halvdel af 2014 havde vi en ekstra midlertidig plads på et plejehjem. Den er lukket nu.</p> <p>Derefter har vi åbnet 2 ekstra korttidspladser på Helsingør Kommunes rehabiliterings- og træningscenter (HRT) også til hjemtagning af færdigbehandlede borgere. HRT har oprustet de faglige kompetencer og oprettet et modtage- afsnit til borgere, der kommer direkte fra hospitalerne til monitorering af pleje, sygepleje, medicin mv.</p> <p>Vi har åbnet 3 akutstuer på et plejehjem til forebyggelse af indlæggelser således, at</p>	<p>At undgå færdigbehandlede borgere venter unødigt på hospitalerne.</p> <p>At kunne modtage borgere der fortsat skal observeres og modtage behandling samt undgå genindlæggelser.</p> <p>At forebygge indlæggelser gerne sammen med de praktiserende læger.</p> <p>At kunne passe, pleje og til en vis grad fortsætte</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -14 af 24**

		<p>borgerne ikke bliver indlagt og dermed undgår en venteposition på hospitalet. Med samme formål om at undgå indlæggelser - udbredes en metode til tidlig opsporing af sygdomstegn i hjemmeplejen i løbet af 2014 og 2015 (triage).  Hjemmeplejen og kommunens akut- og indslusningsteam har oprustet med kompetencer og mandskab og kan dermed forhindre indlæggelser. Desuden modtages udskrevne borgere med kort varsel, også selv om de fortsat er i behandling.  Kommunens visitatorer er organiseret, så der er kontinuitet og kompetence i samarbejdet med hospitalerne med henblik på at give borgerne det rigtige tilbud efter udskrivelsen. 1 person har hele tiden overblik og fokus på alle ventende færdigbehandlede borgere mhp flow på de midlertidige pladser.</p>	<p>behandling af syge mennesker både med henblik på forebyggelse af indlæggelser og hurtigt hjemtagning efter endt behandling.</p> <p>At kommunen er opdateret på alle færdigbehandlede borgere og kan give borgerne rette tilbud til rette tid i deres sygdomsforløb.</p>
<b>Helsingør</b>	<b>2015</b>	<p>Vi vurderer om de 3 akutpladser skal anvendes i forbindelse med projekt 'subakut ambulans udredning', som p.t. testes i Frederikssund og Halsnæs kommune. De 3 akutpladser bliver evalueret i 2015 mhp. fortsat eksistens og evt. nye målgrupper.</p>	<p>At kommunen kontinuerligt har fokus på samarbejdet med regionen omkring de færdigbehandlede borgere – for at styrke hjemtagningen og undgå (gen)indlæggelser.</p>
<b>Herlev</b>	<b>2014</b>	<p>Koordinerende sygeplejersker der er opsøgende i forhold til kommunens indlagte borgere på hospital</p> <p>Samarbejdsaftale mellem de koordinerende sygeplejersker / visitationen til Hjemmehjælp og plejebolig og de midlertidige pladser i Herlev kommune</p> <p>Forberedelse og etablering af Specialiseret HjemmeSygepleje team (SHS-team) i samarbejde med Ballerup og Furesø kommuner</p> <p>Vurdering af behov for midlertidige pladser, herunder udarbejde notat om behovet for tilbud til demente borgere og borgere med psykiatriske diagnoser.</p>	<p>At der fortsat er et flow på de midlertidige pladser, så kommunen kan hjemtage de færdigbehandlede borgere</p> <p>At kommunen har overblik over behovene for indsatser, herunder midlertidige pladser, så der kan skabes grundlag for prioriteringer og beslutninger</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -15 af 24**

<p><b>Herlev</b></p>	<p><b>2015</b></p>	<p>Drift af SHS-teamet</p> <p>Undersøge mulighederne for at udbygge antallet af midlertidige pladser samt evt. etablering med henblik på at forebygge indlæggelser eller fortsat at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere</p> <p>Der oprettes et Akut-tilbud, så vi kan hjemtage færdigt behandlede borgere med den psykiatrisk diagnose</p>	<p>At der fortsat er et flow på de midlertidige pladser, så kommunen kan hjemtage de færdigbehandlede borgere.</p> <p>At kommunen kan fortsætte behandling iværksat på hospital eller af egen læge, så borgerne kan behandles i hjemmet eller på en midlertidig plads.</p> <p>At kommunen har overblik over behovene for midlertidige pladser, så der kan skabes grundlag for prioriteringer og beslutninger.</p>
<p><b>Hillerød</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p>KUV funktion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hillerød Kommune har etableret en KUV funktion (kommunal udskrivnings visitator) som er forankret i Visitation og Hjælpemidler. Funktionen er etableret med henblik på at sikre sammenhæng i forløbet for svækkede borgere i forbindelse med udskrivelse samt etablering af direkte kontakt til borgeren og personale på hospitalet</li> <li>- To medarbejdere varetager funktionen, hvor den ene håndterer alle henvendelser og kommunikation fra hospitalet og handler på dette mens den anden deltager i udskrivningsbesøg på hospitalet eller kommunens rehabiliteringsafdeling.</li> <li>- KVU planlægger udskrivelse af borgeren i tæt samarbejde med hospitalet og borgeren og deltager i koordinerende møder i det omfang det er muligt</li> <li>- KVU funktionen er fysisk tilstede på hospitalet når det er krævet, men der er ikke tale om et fast ophold som f.eks. hos ”fremskudt visitation” modellen.</li> </ul> <p>Projekt vedr. indlæggelser/udskrivning og færdigbehandlede</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I regi af Samordningsudvalget i planlægningsområde Nord er der taget initiativ til et projekt med fokus på tværsektorielle audits, som skal være med til at afdække (og på sigt afprøve – se 2015) indlæggel-</li> </ul>	

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -16 af 24**

		<p>ses/udskrivningsmønstre som bl.a. har indflydelse på kommunernes muligheder for at hjemtage færdigbehandlede borgere</p> <p>-</p> <p>Akutteam</p> <p>- Hillerød Kommune har pr. 1. april 2014 etableret et døgnbemandede akutteam. I teamet kan sygeplejersker i alle døgnets timer være med til at understøtte borgerens forløb og sikre koordinering med hospital og almen praksis. Akutteamet er bl.a. med til at understøtte at færdigbehandlede borgere med komplekse problemstillinger kan hjemtages hurtigere.</p> <p>Triage:</p> <p>Hillerød kommune har iværksat triage som en metodisk tilgang til at følge borgerens sundhedstilstand. Denne indsats forventes, at kunne bidrage med sygeplejefaglige indsatser der mindsker antallet af forebyggelige indlæggelser. Dette forventes indirekte at have en positiv effekt på antallet af borgere, der venter på hjemtagelse fra sygehuset.</p>	
<b>Hillerød</b>	<b>2015</b>	<p>Forventet afkast af projekt vedr. indlæggelser/udskrivning og færdigbehandlede</p> <p>Det er forventningen at der i projektet skal afprøves forskellige indsatser, herunder hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere ved at iværksætte en mere akut indsats i hjemmet.</p>	<p>Pt. har Hillerød Kommune ca. 550 færdigbehandlingsdage på årsbasis. Dette antal forventes reduceret med ca. 30 % ved udgangen af 2015.</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -17 af 24**

<b>Hvidovre</b>	<b>2014</b>	Tidlig opsporing af ændringer i borgerens situation og målrettet indsats med henblik på at forebygge unødvendige (gen)indlæggelser. Som konkret værktøj anvendes triagering. Medarbejderne i den kommunale hjemmepleje er blevet uddannet i tidlig opsporing af sygdom hos borgerne. Kapaciteten til hjemmetræning er øget, således at genoptræningen af borgere, der udskrives fra hospital til eget hjem startes hurtigere.	Der forventes en reduktion i antallet af unødvendige (gen)indlæggelser og dermed færre liggedage.
<b>Hvidovre</b>	<b>2015</b>	Der er i budget 2015 afsat budget til at pladser til midlertidigt ophold udvides med 11 pladser fra 25 i 2014 til 36 pladser ved udgangen af 2015. Udvidelsen sker i en løbende proces i løbet af 2015.  Udskrivningskoordinatorfunktionen udvides og arbejdsgange omkring udskrivning optimeres.	Der forventes en betydelig reduktion i antallet af liggedage efter færdigmelding.
<b>Høje-Taastrup</b>	<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oprettelse af et akutteam.</li> <li>• Optimering af Koordinerende sygeplejersker (dette startede ikke i 2014, men er naturligvis løbende justeret).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutteamet har ikke som hovedformål at hjemtage færdigbehandlede borgere, men det vil naturligvis ruste den kommunale hjemmepleje til at kunne varetage mere komplekse borgerforløb, hvilket også gælder for de færdigbehandlede.</li> <li>• Optimere samarbejdet mellem hospital og kommune for at smidiggøre udskrivelser.</li> </ul>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -18 af 24**

Høje-Taastrup	2015	<p>Etablering af 14 døgnrehabiliteringspladser.          Opkvalificering af hjemmeplejen til at håndtere mere komplekse problemstillinger ved hjemtagelse af færdigmeldte borgere.          Kvalitetssikre arbejdsgangene ved modtagelse af PFP og færdigmeldinger.</p>	<p>Videreudvikling af den målrettede indsats i forhold til videre forløb for de færdigbehandlede borgere.          Målet er, at Høje-Taastrup Kommune ikke har færdigmeldte borgere på hospitalerne.</p>								
Hørsholm	2014	<p>Hørsholm Kommune har igangsat en række indsatser, dels for at holde ventedage på et lavt niveau, dels for at forebygge indlæggelser og for at sikre pleje for behandlingskrævende borgere, der udskrives fra hospitalet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen disponerer over i alt 24 midlertidige pladser, som hovedsageligt benyttes til hjemtagning af borgere efter indlæggelse.</li> <li>• Primo 2014 er ibrugtaget akutpladser</li> <li>• Primo 2014 er implementeret et akutteam med døgnbemanding af sygeplejersker.</li> <li>• Der arbejdes tværfagligt med indsatser i forhold til tidlig opsporing og rehabilitering.</li> <li>• Kompetenceudvikling af medarbejdere</li> <li>• Herunder arbejdes med triagering.</li> <li>• Deltagelse i partnerskabsprojektet har styrket hjemmesygeplejersken i forhold til at koordinere og vurdere borgerne, når en indlæggelse er på tale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hørsholm Kommune har i Lis opgørelsen i perioden fra januar til juni 2014 betalt for ca. 2 ventedage for færdigbehandlede patienter pr 1.000 indbyggere.</li> <li>• Der måles løbende på effekten af akutpladser og akutteam.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="1473 826 2130 954"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9534f; color: white;">Kortsigtede mål (12 mdr.)</th> <th style="background-color: #d9534f; color: white;">Resultater</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reducere antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige</td> <td>Reduceret med</td> </tr> <tr> <td>Reducere antallet af genindlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige</td> <td>Reduceret med</td> </tr> <tr> <td>Reducere medfinansiering fordelt på forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige</td> <td>Reduceret med</td> </tr> </tbody> </table>	Kortsigtede mål (12 mdr.)	Resultater	Reducere antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med	Reducere antallet af genindlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med	Reducere medfinansiering fordelt på forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med
Kortsigtede mål (12 mdr.)	Resultater										
Reducere antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med										
Reducere antallet af genindlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med										
Reducere medfinansiering fordelt på forebyggelige diagnoser blandt 65+-årige	Reduceret med										
Hørsholm	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hørsholm Kommune igangsætter ikke yderligere indsatser i 2015, men fortsætter med de igangsatte indsatser, som er beskrevet ovenstående</li> </ul>									

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -19 af 24**

Ishøj	2014	<p>Ishøj Kommune har igennem mange år arbejdet med prioriteret fremskudt visitation, samt central styring af kommunens døgnpladser, og har som følge deraf i mange år haft et meget lavt antal (tæt på statistisk nul) indlæggelsesdage af færdigbehandlede patienter..</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Som følge af, at Ishøj kommunes nuværende praksis og indsats virker efter hensigten, er der ikke planlagt nye tiltag, udover den løbende kvalitetsudvikling der naturligvis er på området.</li> </ul>	At vi fastholder den nuværende resultater.
Ishøj	2015	Do	Do
København	2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>Udskrivningskoordinatorer og rehabiliteringspladser til borgere under 65 år (SOF)</li> <li>Øget intensitet i træning og rehabiliterende pleje på Neurologi- og rehabiliteringscenter København (varigt)</li> <li>Tilførsel af 8 nye neurorehabiliteringspladser til borgere over 65 år</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Målrettede og koordinerede rehabiliteringsforløb på midlertidige døgnpladser, har medvirket til nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlede borgere.</li> <li>Større flow på midlertidige døgnpladser og dermed nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlet borgere.</li> <li>Øget specialiseret kapacitet til hjemtagning af færdigbehandlede borgere og derved større flow</li> </ol>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -20 af 24**

<p><b>København</b></p>	<p>2015</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser</li> <li>2. Tilførsel af 11 almene rehabiliteringspladser til borgere over 65 år</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Større flow på midlertidige døgnpladser og dermed nedbringelse af ventetiden på hjemtagning af færdigbehandlet borgere.</li> <li>2. Øget kapacitet til hjemtagning af færdigbehandlede borgere og derved større flow. Med opnormering af 11 rehabiliteringspladser forventes det at Københavns kommune nedbringer antal ventedage for færdigbehandlede borgere til samme niveau som 6-by samarbejdet.</li> </ol>
<p><b>Lyngby-Taarbæk</b></p>	<p>2014</p>		
<p><b>Lyngby-Taarbæk</b></p>	<p>2015</p>	<p>Kommunen råder over et antal midlertidige døgnpladser, hvor borgere kan opholde sig, mens de fx venter på en plejebolig (venteplads). Hidtil har der ikke været nogen begrænsning på, hvor mange gange en borger kan takke nej til tilbud om en plejebolig. På baggrund af beslutning i kommunalbestyrelsen pr. 30. oktober 2014 er der taget beslutning om, at en borger fremadrettet maksimalt kan sige nej tak til to tilbud om plejebolig. Takkes der herefter nej, så vil borgeren skulle vente på den ønskede bolig i eget hjem. Kommunens kvalitetsstandard er som følge heraf ved at blive tilrettet.</p>	<p>Det er forventningen, at et større flow på de midlertidige pladser vil betyde, at kommunen hurtigere vil kunne hjemtage borgere udskrevet fra hospital, som har brug for et midlertidigt ophold. Dette vil alt andet lige reducere udgifter til indlæggelser.</p>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -21 af 24**

<b>Rudersdal</b>	<p><b>2014</b> Kommunens problemer med hjemtagning af færdigbehandlede borgere vedrører alene borgere, som har brug for at komme på en kommunal midlertidig plads. Borgere, som kan udskrives til eget hjem, hjemtages altid på færdigbehandlingstidspunktet. Indsatserne omhandler derfor kommunens midlertidige pladser.</p> <p>En hovedårsag til kommunens høje antal færdigbehandlingdage i 2014 er, at borgere, som har ventet på en permanent plejeplads, grundet et stort pres på disse, har optaget en del af kommunens midlertidige pladser. Kommunen udbygger antal plejepladser, og har åbnet 30 nye plejepladser pr. 1. oktober.</p> <p>Kommunen har endvidere haft en arbejdsgruppe til at set på mulighederne for at øge fleksibiliteten på de midlertidige pladser med henblik på at udnytte pladserne optimalt. En række anbefalinger er implementeret herunder et øget fokus allerede fra opholdets første dag på, hvad der skal til, for at borgeren kan udskrives til eget hjem.</p> <p>Det er endvidere politisk besluttet, at permanente boliger kan konverteres til midlertidige boliger for en kortere periode til imødekomme af en øget efterspørgsel efter midlertidige pladser. Denne løsning har imidlertid ikke været anvendelig på det seneste, da de midlertidige pladser, som nævnt, i stort omfang har været brugt til borgere, som har ventet på plejebolig. Fremadrettet forventes muligheden at blive bragt i anvendelse i perioder med ekstraordinært stort pres.</p> <p>Herudover har kommunen iværksat en lang række indsatser i forhold til tidlig opsporing mv. med henblik på at forebygge indlæggelser blandt ældre skrøbelige borgere.</p>	<p>At færdigbehandlede borgere kan hjemtages til en kommunal midlertidig plads.</p> <p>Bedre udnyttelse af kommunens midlertidige pladser og dermed bedre mulighed for at hjemtage færdigbehandlede borgere.</p> <p>At færdigbehandlede borgere kan hjemtages til en kommunal midlertidig plads.</p> <p>Færre borgere, der indlægges og dermed færre borgere, som skal hjemtages fra hospital.</p>
------------------	---	--

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -22 af 24**

<b>Rudersdal</b>	<b>2015</b>	Kommunen bygger nyt plejecenter, der forventes åbnet primo 2016.  Fortsætte indsatser nævnt under 2014.	At midlertidige pladser ikke optages af borgere, som venter på en permanent plads.
<b>Rødovre</b>	<b>2014</b>	Der er etableret 6 akutpladser i 2014, samt akutteam i hjemmesygeplejen 6-8 aflastnings-/midlertidige døgnpladser til borgere med demenssygdom	Forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser Hjemtagning af færdigbehandlede borgere
<b>Rødovre</b>	<b>2015</b>	Forkorte indlæggelsesforløb på kommunens 30 rehabiliteringspladser, ved styrkelse af træningsindsatsen i borgerens hjem. 130 medarbejdere i hjemmehjælpen har i 2014 modtaget et 6 ugers efteruddannelsesforløb.  Fortsat udbygning af akutfunktionen i hjemmesygeplejen.	Nedbringe ventetiden på borgerenes udskrivelse fra hospital – vi oplever i stigende grad, at færdigbehandlede borgere skal på et rehabiliteringsophold efter hospitalsindlæggelse.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -23 af 24**

<b>Tårnby</b>	<b>2014</b>	I 2014 er Tårnby Kommunes 31 midlertidige pladser blevet samlet på 2 plejehjem i stedet for at være fordelt på kommunens 6 plejehjem. Formålet hermed har været at opnå en større specialisering med henblik på, at styrke døgnrehabilitering af borgere til hurtigere at komme hjem i egen bolig med eventuelle støtteforanstaltninger.	
<b>Tårnby</b>	<b>2015</b>	Der er ikke planlagt ekstraordinære aktiviteter/tiltag i budget 2015	
<b>Vallensbæk</b>	<b>2014</b>	Der blev afsat ekstra sygeplejeressourcer til arbejdet omkring udskrivninger, men området er under omstrukturering.	Området er under afdækning i 2014 og der forventes opsat konkrete mål for området i starten af 2015.

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 1 - Side -24 af 24**

Vallensbæk	2015	Der ændres i visitationens struktur og arbejdsfordeling, bl.a. med det formål at arbejde mere struktureret med koordinering af udskrivninger. Der opsættes konkrete mål for hjemtagning af færdigbehandlede borgere i begyndelsen af 2015.	
------------	------	--	--

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 2 - Side -1 af 5**

Genindlæggelser og forebyggelige genindlæggelser

Alle patienter

Tabel 1. Udvikling i antal indlæggelser, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Antal indlæggelser i alt	339.474	342.613	350.400	352.993
- heraf genindlæggelser i alt	20.644	22.176	21.709	22.617
<u>Genindlæggelser opdelt på</u>				
- forebyggelige genindlæggelser	4.519	4.961	4.545	4.451
- øvrige genindlæggelser	16.125	17.215	17.164	18.166
Procentvis fordelt indlæggelser	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
- heraf genindlæggelser i alt	6,1%	6,5%	6,2%	6,4%
<u>Genindlæggelser opdelt på</u>				
- forebyggelige genindlæggelser	1,3%	1,4%	1,3%	1,3%
- øvrige genindlæggelser	4,7%	5,0%	4,9%	5,1%

Tabel 2. Udvikling i antal forebyggelige indlæggelser 2010-2013 fordelt på diagnosegrupper

	2010	2011	2012	2013
Blærebetændelse	357	434	406	389
Ernæringsbetinget blodmangel	65	63	95	103
Forstoppelse	438	455	369	403
Knoglebrud	169	182	143	118
Nedre luftvejssygdom	2.247	2.711	2.485	2.404
Soc. og plejemæs.forhold	38	33	26	24
Tarminfektion	333	328	320	307
Tryksår	26	27	30	19
Væskemangel	846	728	671	684
<b>Hovedtotal</b>	<b>4.519</b>	<b>4.961</b>	<b>4.545</b>	<b>4.451</b>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 2 - Side -2 af 5**

Tabel 3. Udvikling i procentvise fordelingen af forebyggelige indlæggelser 2010-2013 fordelt på diagnosegrupper

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Blærebetændelse	7,90%	8,75%	8,93%	8,74%
Ernæringsbetinget blodmangel	1,44%	1,27%	2,09%	2,31%
Forstoppelse	9,69%	9,17%	8,12%	9,05%
Knoglebrud	3,74%	3,67%	3,15%	2,65%
Nedre luftvejssygdom	49,72%	54,65%	54,68%	54,01%
Soc. og plejemæs.forhold	0,84%	0,67%	0,57%	0,54%
Tarminfektion	7,37%	6,61%	7,04%	6,90%
Tryksår	0,58%	0,54%	0,66%	0,43%
Væskemangel	18,72%	14,67%	14,76%	15,37%
<b>Hovedtotal</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 2 - Side -3 af 5**

Patienter over 65 år

Tabel 4. Udvikling i antal indlæggelser, genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser 2010-2013 for patienter over 65 år

	2010	2011	2012	2013
Antal indlæggelser i alt	117.689	120.327	126.332	128.641
- heraf genindlæggelser i alt	10.315	11.056	10.925	11.190
Genindlæggelser opdelt på				
- forebyggelige genindlæggelser	2.650	2.879	2.785	2.700
- øvrige genindlæggelser	7.665	8.177	8.140	8.490
Antal indlæggelser i alt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
- heraf genindlæggelser i alt	8,8%	9,2%	8,6%	8,7%
Genindlæggelser opdelt på				
- forebyggelige genindlæggelser	2,3%	2,4%	2,2%	2,1%
- øvrige genindlæggelser	6,5%	6,8%	6,4%	6,6%

Tabel 5. Udvikling i antal forebyggelige indlæggelser 2010-2013 fordelt på diagnosegrupper for patienter over 65 år

	2010	2011	2012	2013
Blærebetændelse	210	266	274	244
Ernæringsbetinget blodmangel	58	48	69	75
Forstoppelse	237	224	192	190
Knoglebrud	97	95	87	62
Nedre luftvejssygdom	1.201	1.504	1.458	1.434
Soc. og plejemæs.forhold	30	26	24	22
Tarminfektion	123	124	124	109
Tryksår	20	18	24	10
Væskemangel	674	574	533	554
<b>Hovedtotal</b>	<b>2.650</b>	<b>2.879</b>	<b>2.785</b>	<b>2.700</b>

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 2 - Side -4 af 5**

Tabel 6. Procentvis udvikling i antal forebyggelige indlæggelser 2010-2013 fordelt på diagnosegrupper for patienter over 65 år

	2010	2011	2012	2013
Blærebetændelse	7,92%	9,24%	9,84%	9,04%
Ernæringsbetinget blodmangel	2,19%	1,67%	2,48%	2,78%
Forstoppelse	8,94%	7,78%	6,89%	7,04%
Knoglebrud	3,66%	3,30%	3,12%	2,30%
Nedre luftvejssygdom	45,32%	52,24%	52,35%	53,11%
Soc. og plejemæs.forhold	1,13%	0,90%	0,86%	0,81%
Tarminfektion	4,64%	4,31%	4,45%	4,04%
Tryksår	0,75%	0,63%	0,86%	0,37%
Væskemangel	25,43%	19,94%	19,14%	20,52%
<b>Hovedtotal</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Definition af data:**

Der er kun medtaget registreringer for borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget.

De forebyggelige diagnoser, er svarende til dem der anbefales af sundhedsstyrelse og fremgår af nedenstående oversigt.

Oversigt over navn og diagnosekoder for forebyggelige indlæggelser

Navn	Diagnosekoder/Aktionskoder
Nedre luftvejssygdom	DJ12-15, Dj18, DJ20-22, DJ40-47
Væskemangel	DE869
Blærebetændelse	DN30, undtagen DN303 og DN304
Forstoppelse	DK590
Ernæringsbetinget blodmangel	DD50-53
Knoglebrud	DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92
Tarminfektion	DA09
Tryksår	DL89
Sociale og plejemæssige forhold	DZ59, DZ74-DZ75

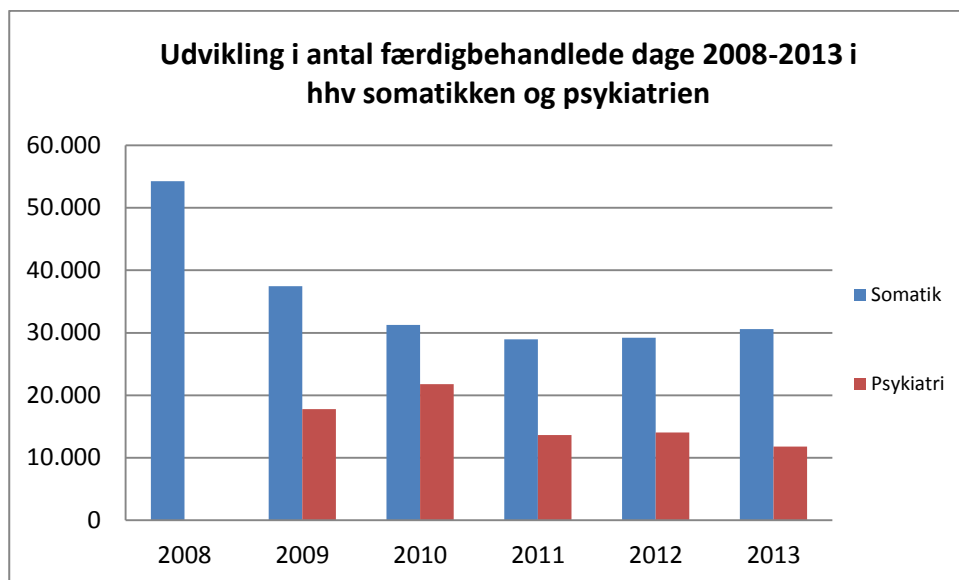
**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 2 - Side -5 af 5**

En forebyggelig genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

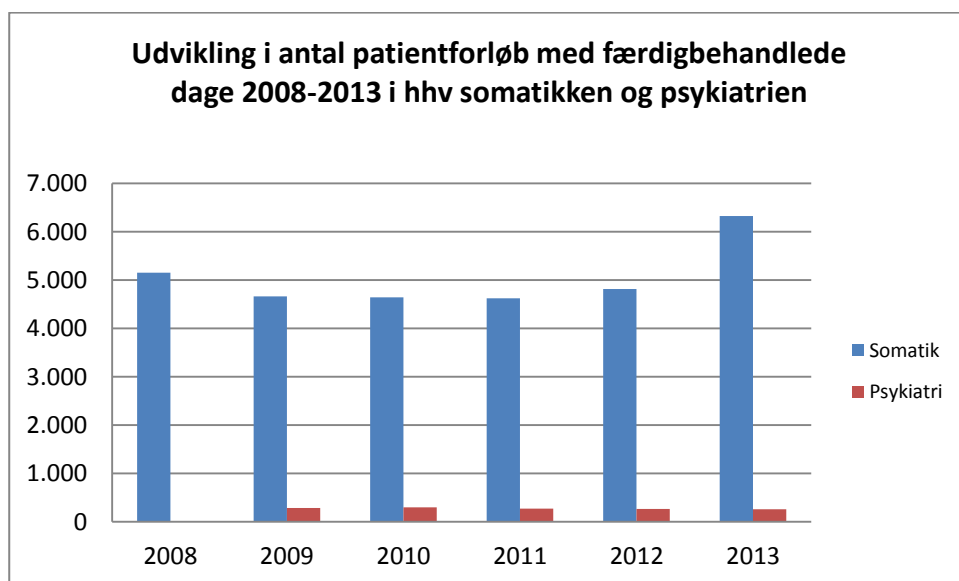
- Kun akutte indlæggelser
- Flere efter hinanden følgende indlæggelser er koblet sammen til et forløb, såfremt indlæggelse og udskrivning sker inden for samme dato. Dette gør sig også gældende ved overflytning mellem to offentlige hospitaler i regionen
- Genindlæggelsen henføres til det hospital, som har primærindlæggelsen
- Genindlæggelsen skal ligge indenfor 30 dage efter udskrivningstidspunktet på primærindlæggelsen
- Genindlæggelsen registreres på genindlæggelsens første afdelingskontakt og skal have en af ovenstående aktionsdiagnoser

## Oversigt over færdigbehandlede patienter

Figur 1.

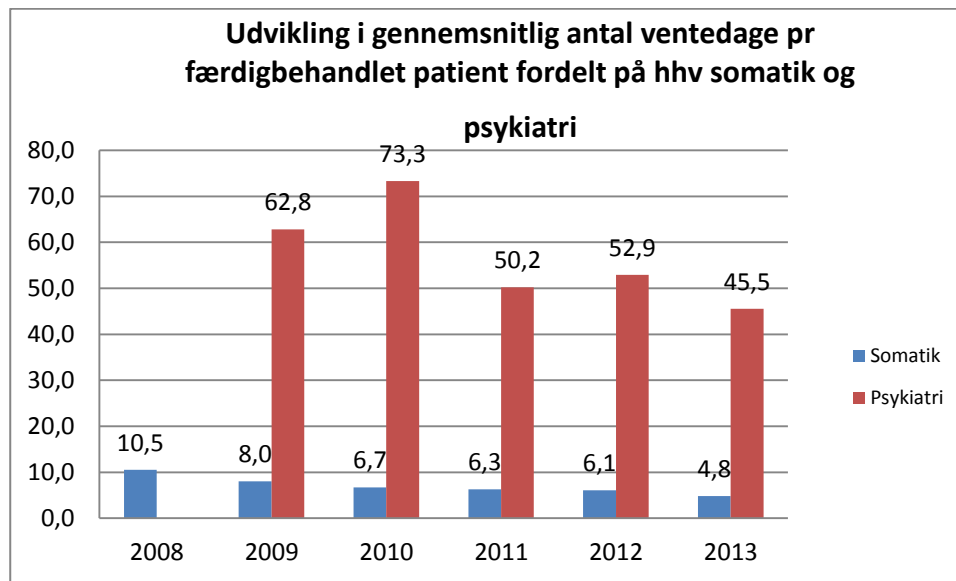


Figur 2.



**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 3 - Side -2 af 6**

Figur 3.



**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 3 - Side -3 af 6**

Tabel 1. Fordeling af antal færdigbehandlede dage og patienter i somatikken fordelt på tidsintervaller

Færdigbehandlede	2013			2014	
	Januar-Oktober	Oktober	Året	Januar-Oktober	Oktober
<b>Antal dage</b>	<b>25.988</b>	<b>2.030</b>	<b>30.578</b>	<b>27.578</b>	<b>2.981</b>
Op til 1 uge	9.963	819	11.888	11.168	1.077
Fra 1-2 uger	7.019	461	8.187	6.945	864
Fra 2-3 uger	3.387	186	4.047	3.548	214
Fra 3-4 uger	1.957	151	2.332	2.307	288
Fra 4-5 uger	1.378	122	1.610	1.245	94
Fra 5-6 uger	995	116	1.074	700	42
Fra 6-7 uger	461	46	555	414	92
Fra 7-8 uger	219	0	219	263	103
Over 8 uger	609	129	666	988	207
<b>Antal patienter</b>	<b>5.308</b>	<b>535</b>	<b>6.323</b>	<b>5.629</b>	<b>546</b>
Op til 1 uge	4.262	464	5.100	4.591	429
Fra 1-2 uger	680	44	792	661	82
Fra 2-3 uger	194	11	232	200	12
Fra 3-4 uger	79	6	94	93	12
Fra 4-5 uger	44	4	51	39	3
Fra 5-6 uger	26	3	28	18	1
Fra 6-7 uger	10	1	12	9	2
Fra 7-8 uger	4	0	4	5	2
Over 8 uger	9	2	10	13	3

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 3 - Side -4 af 6**

Tabel 2. Procentvis fordeling af antal færdigbehandlede dage og patienter i somatikken fordelt på tidsintervaller

Færdigbehandlede dage	2013			2014	
	Januar-Oktober	Oktober	Året	Januar-Oktober	Oktober
<b>Antal dage</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Op til 1 uge	38,3%	40,3%	38,9%	40,5%	36,1%
Fra 1-2 uger	27,0%	22,7%	26,8%	25,2%	29,0%
Fra 2-3 uger	13,0%	9,2%	13,2%	12,9%	7,2%
Fra 3-4 uger	7,5%	7,4%	7,6%	8,4%	9,7%
Fra 4-5 uger	5,3%	6,0%	5,3%	4,5%	3,2%
Fra 5-6 uger	3,8%	5,7%	3,5%	2,5%	1,4%
Fra 6-7 uger	1,8%	2,3%	1,8%	1,5%	3,1%
Fra 7-8 uger	0,8%	0,0%	0,7%	1,0%	3,5%
Over 8 uger	2,3%	6,4%	2,2%	3,6%	6,9%
<b>Antal patienter</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Op til 1 uge	80,3%	86,7%	80,7%	81,6%	78,6%
Fra 1-2 uger	12,8%	8,2%	12,5%	11,7%	15,0%
Fra 2-3 uger	3,7%	2,1%	3,7%	3,6%	2,2%
Fra 3-4 uger	1,5%	1,1%	1,5%	1,7%	2,2%
Fra 4-5 uger	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	0,5%
Fra 5-6 uger	0,5%	0,6%	0,4%	0,3%	0,2%
Fra 6-7 uger	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%
Fra 7-8 uger	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%
Over 8 uger	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,5%

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 3 - Side -5 af 6**

Tabel 3. Fordeling af antal færdigbehandlede dage og patienter i psykiatrien fordelt på tidsintervaller

Færdigbehandlede	2013			2014	
	Januar-Oktober	Oktober	Året	Januar-Oktober	Oktober
<b>Antal dage</b>	<b>8.802</b>	<b>602</b>	<b>11.790</b>	<b>7.406</b>	<b>638</b>
1 dag	10	0	12	7	1
2 dage	8	0	10	20	2
3-7 dage	173	19	210	221	7
1 uge-1 måned	1.392	113	1.665	1.071	99
1-3 måneder	3.424	232	4.237	3.670	401
3-6 måneder	1.308	0	1.789	1.217	128
6 måneder og derover	2.487	238	3.867	1.200	0
<b>Antal patienter</b>	<b>208</b>	<b>17</b>	<b>259</b>	<b>203</b>	<b>19</b>
1 dag	10	0	12	7	1
2 dage	4	0	5	10	1
3-7 dage	32	4	40	42	2
1 uge-1 måned	85	7	102	64	7
1-3 måneder	61	5	76	66	7
3-6 måneder	8	0	11	9	1
6 måneder og derover	8	1	13	5	0

**Punkt nr. 3 - Temadrøftelse om kapacitet og koordinering i forbindelse med indlæggelser og udskrivning**  
**Bilag 3 - Side -6 af 6**

Tabel 4. Procentvisfordeling af antal færdigbehandlede dage og patienter i psykiatrien fordelt på tidsintervaller

Færdigbehandlede	2013			2014	
	Januar-Oktober	Oktober	Året	Januar-Oktober	Oktober
<b>Antal dage</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
1 dag	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
2 dage	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%
3-7 dage	2,0%	3,2%	1,8%	3,0%	1,1%
1 uge-1 måned	15,8%	18,8%	14,1%	14,5%	15,5%
1-3 måneder	38,9%	38,5%	35,9%	49,6%	62,9%
3-6 måneder	14,9%	0,0%	15,2%	16,4%	20,1%
6 måneder og derover	28,3%	39,5%	32,8%	16,2%	0,0%
<b>Antal patienter</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
1 dag	4,8%	0,0%	4,6%	3,4%	5,3%
2 dage	1,9%	0,0%	1,9%	4,9%	5,3%
3-7 dage	15,4%	23,5%	15,4%	20,7%	10,5%
1 uge-1 måned	40,9%	41,2%	39,4%	31,5%	36,8%
1-3 måneder	29,3%	29,4%	29,3%	32,5%	36,8%
3-6 måneder	3,8%	0,0%	4,2%	4,4%	5,3%
6 måneder og derover	3,8%	5,9%	5,0%	2,5%	0,0%