

UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

24-06-2014 19:00

MØDESTED

Mødelokale H7 / H8

MEDLEMMER

Maja Holt Højgaard
Hanne Andersen
Per Seerup Knudsen
Bodil Kornbek
Karsten Skawbo-Jensen
Henrik Thorup
Per Roswall
Erik Sejersten
Torben Kjær

INDHOLDSLISTE

- 1.** Beslutningssag: Vision for sundhedshuse
- 2.** Temadrøftelse: Ulighed i sundhed
- 3.** Statusredegørelse på Sundhedsaftale 2011-2014
- 4.** Hørings svar til Sundhedsaftalen
- 5.** Mødeplan for 2015
- 6.** Eventuelt

1. BESLUTNINGSSAG: VISION FOR SUNDHEDSHUSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På Regionsrådets møde d. 8. april 2014 blev det besluttet, at *”Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, efter inddragelse af Sundhedskoordinationsudvalget, skal forelægge en regionsdækkende vision for udvikling af modeller for sundhedshuse, der kan indeholde såvel kommunale som regionale sundhedstilbud.”*

Region Hovedstaden vil, i forlængelse af det aktuelle arbejde med at konkretisere et fælles sundhedshus mellem Region Hovedstaden og Helsingør Kommune efter lukningen af Helsingør Hospital, gerne invitere kommuner og alle ydergrupper på praksisområdet til at deltage i arbejdet med en regionsdækkende vision for udvikling af modeller for sundhedshuse, der kan indeholde såvel kommunale som regionale sundhedstilbud.

Sundhedskoordinationsudvalget orienteredes på møde d. 14. maj om sagen. På baggrund af tilbagemeldinger fra Sundhedskoordinationsudvalget skal Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde drøfte muligheder og rammer for fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde drøfter ønsker og principper for en regionsdækkende vision for modeller for sundhedshuse, der kan indeholde kommunale og regionale tilbud.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med gennemførelsen af hospitals- og psykiatriplan 2020 har Region Hovedstaden ønsket at etablere et samarbejde med Frederikssund og Helsingør kommuner med henblik på at etablere de fysiske rammer til en akutklinik koblet til et sundhedshus med kommunale tilbud. I forbindelse med den beslutning er der dels udarbejdet et forslag til nære akut- og sundhedstilbud i Region Hovedstaden i 2011 (bilag 1) og dels et udkast til vision for fælles sundhedshuse, som er udarbejdet i forbindelse med konkretisering af et fælles sundhedshus mellem Region Hovedstaden og Helsingør Kommune i forlængelse af lukningen af Helsingør Hospital (bilag 2).

Regionsadministrationen anbefaler, at kommuner og alle ydergrupper på praksisområdet inviteres til at deltage i arbejdet med en regionsdækkende vision for modeller for sundhedshuse, der kan indeholde såvel kommunale som regionale sundhedstilbud.

Formålet er at sætte rammen om fremtidens fælles tilbud til borgere og patienter uden for hospitalet i Region Hovedstaden. Visionen skal tage udgangspunkt i ambitionen om at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen. Samtidig skal visionen tage afsæt i borgerens og patientens behov, den faglige kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau.

I den forbindelse er der behov for en drøftelse på regionalt niveau af hvilke ønsker og principper, der skal indgå i udviklingen af en regionsdækkende vision for modeller for sundhedshuse, der kan indeholde kommunale og regionale tilbud.

Fælles sundhedshuse vil kunne bestå af forskellige elementer afhængig af en række forudsætninger. Borgergrundlag, befolkningssammensætning og den samlede hospitalsplan er væsentlige elementer i at sikre at funktioner og tilbud i fælles sundhedshuse er af forsvarlig faglig kvalitet og understøtter hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den administrative styregruppe for sundhedsaftalerne udarbejder et forslag til proces for inddragelse af kommuner.

På baggrund af tilbagemelding fra Den administrative styregruppe orienteres Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde om processen, således at det koordineres med arbejdet i udvalget.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

13006731

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Forslag til generisk model for nære akut- og sundhedstilbud
- ① 2. Vision for fælles sundhedshuse version 200214

2. TEMADRØFTELSE: ULIGHED I SUNDHED

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I konstitueringsaftalen fremgår det, at der skal udarbejdes en handleplan for nedbringelse af ulighed i sundhed samt at dette arbejde forankres i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde. På den baggrund har udvalget i forbindelse med beslutning om udvalgets arbejdsplan ønsket at drøfte lighed i sundhed.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at udvalget drøfter temaet lighed i sundhed med fokus på ideer til indsatser, der kan fremme ligheden i sundhed og indgå i regionens handleplan for området.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Lighed i sundhed har været et fokusområde siden regionsdannelsen i 2007 og i konstitueringsaftalen for 2014-2017 står der, at der skal udarbejdes en handleplan for nedbringelse af ulighed i sundhed. Ligeledes er lighed i sundhed et særligt visionsområde i udkast til den politiske del af sundhedsaftalen for 2015-2018.

Danmark har en markant ulighed i dødelighed og uligheden har været stigende i de seneste år. Der er 10 års forskel i middellevetid mellem den rigeste fjerdedel og den fattigste fjerdedel af danske mænd.

To tilgange til at bekæmpe ulighed i sundhed

Der er to forskellige tilgange til ulighed i sundhed.

På den ene side er der en gruppe borgere i Danmark, som betragtes som særligt udsatte, fordi de enten er socialt og/eller medicinsk sårbare. Denne gruppe er i stor risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet og de kan samtidig være i risiko for at miste deres bolig og blive socialt udstødte.

På den anden side handler ulighed i sundhed også om en klar sammenhæng mellem borgernes sociale position og sygdomsrisiko. Fx viser sundhedsprofilerne, at jo lavere uddannelsesniveau og indkomst jo større er risikoen for sygdom, hvilket hænger sammen med en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd ift. kost, rygning mv. Sammenhængen mellem social position og risiko for sygdom betegnes som den sociale gradient i sundhed.

De forskellige tilgange til ulighed i sundhed afspejler, at uligheden har forskellige årsager og derfor også skal bekæmpes med forskellige typer indsatser. På den ene side kan indsatser overfor de særligt sårbare handle om, at sundhedsvæsenet skal være bedre til at rumme borgere med forskellige behov, ressourcer og problemstillinger, fx ved i højere grad at tilbyde målrettede og differentierede indsatser. På den anden side skal den sociale gradient i sundhed angribes gennem generelle forebyggelse og sundhedsfremmende tiltag, fx. lette adgangen til sund mad, rygepolitik, skabe sunde arbejdspladser med mulighed for motion osv.

Årsagerne til uligheden i sundhed er komplekse og skyldes sammenfald af mange forskellige faktorer. Indsatserne skal derfor ikke alene foregå i sundhedsvæsenet, men i et samarbejde på tværs af sektorer og forvaltninger.

Lighed i sundhed i Sundhedsaftale 2015-2018

Indsatser for at øge ligheden i sundheden er et særlig indsatsområde i den kommende sundhedsaftale. Ønsket er, at beskrive indsatsområder, som gennem det tværsektorielle samarbejde om patientforløb, kan bidrage til at reducere uligheden. Der ses blandt andet på, hvordan sundhedsvæsenet i højere grad kan

tilbyde differentierede indsatser til borgerne, da ikke alle borgere passer ind i de tilbud vi har idag, fx. forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

I sundhedsaftalens fokus på at fremme lighed i sundhed lægges særlig vægt på, at borgere med psykisk sygdom skal have flere gode leveår, og at der sikres en koordineret indsats til borgere med flere samtidige sygdomme, herunder til borgere med både psykisk sygdom og misbrug. Der lægges vægt på, at sårbare borgere skal have en forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

Lighed i sundhed som strategisk indsats i regionen

Lighed i sundhed er en del af regionens strategiske indsatsområder, men der er endnu ikke beskrevet konkrete projekter og indsatser.

Udvalget vil som oplæg til temadrøftelsen om lighed i sundhed blive præsenteret for et oplæg, hvor data og konklusioner fra sundhedsprofilen skitserer uligheden i regionen, samt årsager og virkemidler.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

14005664

3. STATUSREDEGØRELSE PÅ SUNDHEDSAFTALE 2011-2014

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde orienteres her om status på nuværende sundhedsaftale.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde tager orienteringen om status for sundhedsaftalen 2011-2014 til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsaftalerne er et nøgleredskab i Region Hovedstadens, kommunernes og praksissektorens arbejde med at sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og praksissektor. Fokus i sundhedsaftalerne er derfor på faglig udvikling, koordination og kommunikation mellem parterne.

Sundhedsaftalerne gældende for perioden 2011– 2014 har bygget videre på de positive erfaringer fra de første aftaler i 2007 og er baseret på ambitiøse målsætninger med fokus på at sikre den fortsatte udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde (Bilag 1).

Hvad har vi nået i aftaleperioden?

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i efteråret 2012 en midtvejsstatus, hvor der blev redegjort for, hvor langt parterne var kommet med konkretisering og implementering af Sundhedsaftalerne 2011- 2014. Der blev i midtvejsstatus sat fokus på de områder, som parterne havde arbejdet med gennem de seneste to år, men også på de dele af sundhedsaftalerne, hvor der var behov for en fokuseret indsats for 2013 og frem (Bilag 2).

Alle parter har gennem de seneste 3½ år lagt meget energi i at sikre implementering af Sundhedsaftalen 2011-2014, og er kommet i mål eller tæt på mål for langt de fleste indsatsområder. På det overordnede plan er der i aftaleperioden arbejdet med at etablere og konsolidere en robust struktur for samarbejdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis, hvor alle 3 aktører i sundhedstrekanten er repræsenteret.

Status på indsatsområderne

Inden for de enkelte indsatsområder er der arbejdet målrettet med en lang række temaer, hvilket er beskrevet dels i midtvejsstatus og dels i årlige statusrapporteringer til den administrative styregruppe. Blandt andet kan følgende fremhæves:

- Der er udarbejdet og implementeret en *Kommunikationsaftale* for samarbejdet mellem hospital og kommuner i forbindelse med udskrivning fra hospital, som har erstattet de tidligere varslingsaftaler og bidraget til hurtig og korrekt udveksling af oplysninger i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb.
- Hospitalerne, kommunerne og almen praksis er kommet langt med implementeringen af *forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom* (KOL, diabetes, hjerte-kar, demens og lænderyg problemer), og der arbejdes med lokale implementeringsplaner for de nationale forløbsprogrammer, bl.a. forløbsprogram for erhvervet hjerneskade hos børn og voksne samt kræftrehabilitering og palliation.
- Der er arbejdet målrettet med udviklingen af en *evaluerings- og analysemodel for kronisk sygdom*, herunder en rehabiliteringsdatabase. Det er et udviklingsarbejde, som vil fortsætte ind i den kommende aftaleperiode.
- Der er udarbejdet og implementeret et *snitfladekatalog om behandlingsredskaber og hjælpemiddel*, der erstatter det Casekatalog, der blev udarbejdet i forbindelse med første generations

sundhedsaftaler.

- En tværsektoriel genoptræningsforløbsbeskrivelse vedrørende skulderopererede er udarbejdet og implementeret, og en genoptræningsforløbsbeskrivelse om hoftenære brud forventes klar til implementering medio 2014. Genoptræningsforløbsbeskrivelser er på vej for: Benamputationer, hoftenære brud, total knæ alloplastik, hoved-halskræft, distal radius brud og den ældre medicinske faldtruede patient.
- Der er arbejdet med implementering af *følgeordninger* med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.
- Patientsikkerhed i sektorovergangene var i 2011 et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen og i aftaleperioden er der bl.a. arbejdet med udvikling og implementering af en *ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange*.
- Der har været stort fokus på den tværsektorielle elektroniske kommunikation herunder på implementering af fire nye hjemmepleje/hospital meddelelser og på konsolidering af de eksisterende elektroniske meddelelser mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, dvs. epikriser og adviser samt henvisninger fra praktiserende læger til hospitalerne.
- *Udvikling af ledelsesinformation* for psykiatrien og konsolidering af ledelsesinformationsdata på det somatiske område mhp monitorering af sundhedsaftalen.
- *Specialanalyser vedr. økonomi og data* på det ambulante område og i forhold til børn.
- *Udvikling af en auditmodel* med det formål at evaluere samarbejdsaftaler på voksen og børne-psykiatriområdet. Der gennemføres i 2014 en række audits.
- *Rammeaftale for det tværsektorielle samarbejde omkring hygiejne*, som beskriver rådgivningsforpligtelsen på området
- *Etablering af en tværsektoriel forskningsenhed* beliggende på Bispebjerg Hospital.

Da mængden af indsatser i Sundhedsaftalen er meget omfangsrig, har det undervejs vist sig nødvendigt at foretage en prioritering. Det medfører, at der er nogle mål, som der endnu ikke er arbejdet systematisk med. Hvor det er relevant, forventes disse løftet over i den kommende sundhedsaftale for 2015-18. Det gælder eksempelvis målsætningen om udarbejdelse af en ramme for opgaveoverdragelse og kommunernes adgang til specialistrådgivning samt udviklingen af en samarbejdsmodel i forhold til børn.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

14005664

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Sundhedsaftale 2011-2014

② 2. Midtvejsstatus Sundhedsaftale

4. HØRINGSSVAR TIL SUNDHEDSAFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og de 29 kommuner i regionen. Aftalen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen og skal gælde for perioden 2015 – 2018. Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde drøftede den politiske del af Sundhedsaftalen på møde den 25. marts 2014. Sundhedskoordinationsudvalget har nu sendt den politiske del af aftalen i høring. Sundhedsudvalget, Kræftudvalget og Psykiatriudvalget har behandlet sagen på deres møder den 20. maj 2014, og er fremkommet med høringssvar til Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde (bilag 1 og 2).

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde videregiver høringssvarene til Sundhedskoordinationsudvalget.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsudvalget, Kræftudvalget og Psykiatriudvalget er fremkommet med høringssvar til den politiske del af Sundhedsaftalen.

Sundhedsudvalget har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Udvalget ønsker begrebet ”laveste effektive omkostningsniveau” forklaret eller beskrevet med andre ord.

I forbindelse med '*Sammenhæng og kvalitet*' (side 4) vil Sundhedsudvalget gerne opfordre til at man overvejer at tilføje en politisk målsætning, nemlig: 4. At borgeren overdrages fra person til person ved sektorovergange.

Indsatser i aftaleperioden (side 5): ”Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og –standarder...” – her savnes en tydeliggørelse af at dette skal være koordineret med eksisterende dataindsamling, så dokumentationsbyrden bliver så lille som muligt.

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne (side 7): Her savner udvalget en tydeliggørelse af at det også drejer sig om pårørende. Det gælder både i overskriften og i den politiske målsætning 6.

Lighed i sundhed (side 9): Sundhedsudvalget foreslår at den politiske målsætning 7 ændres til: ”at borgere med psykisk sygdom får tilbudt samme kvalitet i behandlingen af deres somatiske lidelser som borgere der ikke er psykisk syge”.

Under *Nye og bedre samarbejdsformer* (side 11) savner Sundhedsudvalget en fremhævelse af fælles sundhedshuse som et væsentligt initiativ.

Kræftudvalget har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Udvalget kan tilslutte sig de fire visioner, som danner grundlag for den politiske del af sundhedsaftalen. Udvalget har særlig opmærksomhed på det tværsektorielle samarbejde om kræftpatienter, og finder det vigtigt, at forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation for kræftpatienter vil blive indarbejdet i den administrative del af sundhedsaftalen, idet et fokus på området i Sundhedsaftalen vil understøtte det arbejde, der allerede pågår og sikre, at de involverede parter indgår i et forpligtende samarbejde.

Psykiatriudvalget har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Udvalget bemærker, at der ønskes fokus på at styrke samarbejdet om ældrepsykiatriske patienter.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Høringssvarene fra Sundhedsudvalget, Kræftudvalget og Psykiatriudvalget videresendes til Sundhedskoordinationsudvalget, hvis indstillingen tiltrædes.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

14005664

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Høringssvar fra Sundhedsudvalget
- ② 2. Høringssvar fra Kræftudvalget

5. MØDEPLAN FOR 2015

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Ifølge forretningsordenen for de stående udvalg i Region Hovedstaden, fastlægger udvalget sin selv mødeplan. På den baggrund har administrationen udarbejdet et forslag til mødeplan.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Udvalget drøfter udkast til mødeplan for 2015.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Det fremgår af styrelsesvedtægten for regionsrådet og forretningsordenen for de stående udvalg i Region Hovedstaden, at udvalget selv fastsætter sin mødeplan inden for de af regionsrådet fastlagte rammer – herunder mødeplanen for regionsrådet og forretningsudvalget. Det er dog hensigtsmæssigt, at udvalgets mødeplan yderligere også tager hensyn til de øvrige politiske udvalg.

Administrationen har derfor med baggrund i den mødeplan, som er vedtaget for regionsrådets og forretningsudvalgets møder i 2015, udarbejdet et forslag til mødeplan for 2015.

Forslaget til mødeplan for de stående udvalg sikrer at styrelsesloven overholdes, og tager derudover bl.a. højde for de medlemmer, der sidder i mere end ét udvalg samt så vidt muligt også udvalgsmedlemmers øvrige politiske hverv – dette kriterium har dog ikke kunnet opfyldes for alle mødedatoer. Mødeplanen er baseret på de samme principper, som har været anvendt i fastlæggelsen af mødeplanen for 2014, dog er der efter ønske fra udvalgsformændene afsat et kvarter mellem hvert møde.

Det foreslås, at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde holder udvalgsmøder på følgende dage:

Tirsdag den 13. januar 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 17. februar 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 17. marts 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 28. april 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 26. maj 2015, kl. 19.45-21.45

Mandag den 22. juni 2015, kl. 19.45-21.45 – reserveret, kan anvendes, hvis der er behov herfor.

Tirsdag den 1. september 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 29. september 2015, kl. 19.45-21.45

Onsdag den 28. oktober 2015, kl. 19.45-21.45

Tirsdag den 24. november 2015, kl. 19.45-21.45

Der er reserveret et mødetidspunkt sidst i juni 2015 for de udvalg, som måtte have behov for et yderligere møde. Bemærk derudover, at der er i mødeoversigten er fremsat forslag om, at der afholdes møde tirsdag i uge 8. Såfremt dette ikke ønskes, foreslås den alternative mødedag at være onsdag den 25. februar 2015.

Udvalgets mødeplan vedtages af et flertal. Såfremt der efterfølgende er behov for at ændre i mødeplanen, kan den kun ændres ved enstemmighed.

Der vil derudover på et senere tidspunkt blive fremsat forslag om tider til virksomhedsbesøg.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Udvalgets mødeplan offentliggøres på regionens hjemmeside, når udvalget har vedtaget den.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

14005664

BILAGSFORTEGNELSE

1. Udkast til mødeplan for 2015 - alle udvalg

6. EVENTUELT

EVENTUELT

MØDETIDSPUNKT

24-06-2014 19:00

MØDESTED

Mødelokale H7 / H8

MEDLEMMER

Maja Holt Højgaard
Hanne Andersen
Per Seerup Knudsen
Bodil Kornbek
Karsten Skawbo-Jensen
Henrik Thorup
Per Roswall
Erik Sejersten
Torben Kjær

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Arbejdsplan

1. MEDDELELSER - ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER

Opdateret arbejdsplan for udvalget er vedhæftet i bilag 1.

JOURNALNUMMER

14005664

BILAGSFORTEGNELSE

1. Arbejdsplan for Tværsektorielt Udvalg

Nære akut- og sundhedstilbud

Forslag til generisk model for nære akut- og sundhedstilbud i Region Hovedstaden

Februar 2011

Nære akut- og tilbud i Region Hovedstaden

1. Resumé.....	3
2. Baggrund.....	5
3. Indledning.....	6
4. Forslag til model for nære akut- og sundhedstilbud.....	7
4.1 Formål.....	7
4.2 Akutklinik i tilknytning til lægevagt og praksisfællesskaber.....	7
4.2.1 Målgruppen og opgaver.....	7
4.2.2 Organisation og visitation.....	8
4.2.3 Åbningstid/tilgængelighed.....	8
4.2.4 Sammenhæng til det præhospitale akutberedskab.	8
4.2.5 Tilbud om sundhedsfaglig rådgivning.....	9
4.2.6 Lokaler.....	9
4.2.7 Udstyr.....	10
4.3 Nære sundhedstilbud.....	10
4.3.1 Målgruppe.....	10
4.3.2 Mulige funktioner i et sundhedshus.....	10
4.4 Akutklinik og sundhedstilbud samlet i ét sundhedshus.....	11
4.4.1 Organisering og visitation.....	11
4.4.2 Formelle rammer.....	11
4.4.3 Lokaler.....	12
4.5 Udfordringer ved og forudsætninger for etablering af sundhedshuse.....	12
4.5.1 Politisk godkendelse.....	12
4.5.2 Den geografiske placering.....	12
4.5.3 Tværsektorielt arbejde.....	12
4.5.4 Praksissektorens ydere.....	12
4.5.5 Rekruttering af personale akutklinikken.....	13
5.Vurdering af behov for etablering af nært akuttilbud i Frederikssund.....	14
5.1 Målgruppen.....	14
5.2 Åbningstider/tilgængelighed.....	15
5.3 Økonomi.....	15
Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe om nære akutskadeklinikker i forbindelse med Hospitals- og Psykiatriplan 2020.....	17

1. Resumé

Akuttilbud i områder med langt til nærmeste hospital

For at sikre tryghed for borgerne i nærmiljøet foreslås det, at der ved nedlæggelse af en hospitalsmatrikel, i områder med relativt langt til nærmeste hospital, etableres en akutklinik som evt. kan kobles til sundhedshuse med kommunale tilbud, herunder akutpladser.

Det er dog væsentligt at understrege, at der - selv ved lukning af matriklerne i Frederikssund og Helsingør - set i et nationalt perspektiv ikke er langt til nærmeste fælles akutmodtagelse på områdehospitalet. Planlægningsområde Nord kan ikke karakteriseres som et udkantsområde. Region Hovedstaden er endvidere veldækket for så vidt angår lægedækning i almen praksis.

Akutklinikker koblet til sundhedshuse med kommunale sundhedstilbud skønnes mest relevant i planlægningsområde Nord, da afstandene til områdehospitalet her, set i et regionalt perspektiv, er størst.

Tilbuddet skal sikre borgerne fortsat mulighed for behandling af mindre akutte tilstande i nærmiljøet, god service gennem kort ventetid og mulighed for hurtig vurdering, forebygge indlæggelser, samt sikre lighed i sundhed.

Målet er tryghed for borgerne hele døgnet rundt, og at behandlingen skal foregå så tæt på patientens bopæl, som det er fagligt optimalt og økonomisk forsvarligt under hensyntagen til et sammenhængende patientforløb.

Det nære akut- og sundhedstilbud skal ses i sammenhæng med – og som supplement til – regionens eksisterende tilbud ved behov for at akut behandle.

Akutklinikken foreslås placeret i fysisk sammenhæng med lægevagtskonsultation og praksisfællesskaber, og bemannes med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra den fælles akutmodtagelse på områdehospitalet. De praktiserende læger vil således kunne trække på behandlersygeplejerskernes akutkompetencer, og de diagnostiske faciliteter i det nære akuttilbud, hvilket samlet set vil øge kapaciteten til behandling af akutte patienter i almen praksis.

Akutklinikken kobles telemedicinsk op til den fælles akutmodtagelse på områdehospitalet, og forsynes desuden med mulighed for videokonference. Klinikken udstyres med hvileplads/stol til kortvarig observation, EKG- og røntgenudstyr, genoplivningsudstyr og overvågningsudstyr. Derudover kan der også være mere specialiseret udstyr, hvis der er behov derfor.

Tilbuddet kan med fordel suppleres med etablering af en sundhedstelefon, hvor borgerne kan få rådgivning om det rette sundhedstilbud og ventetidsinformation.

Sundhedshuse

For at facilitere synergi og tværsektorielt samarbejde foreslås det, at det regionale nære akuttilbud og sundhedspersoner fra praksissektoren suppleres med kommunale sundhedsfunktioner, herunder forebyggelsestilbud, genoptræning, akut- og genoptræningsdøgnpladser, sundhedspleje m.v. Apotek, frivillige organisationer og patientforeninger kan også tænkes at indgå i sundhedshuse.

Der bør etableres et tæt og gensidigt forpligtigende samarbejde mellem aktørerne i et sundhedshus.

Den geografiske placering af nære akuttilbud er en udfordring, idet der ikke kan placeres nære akuttilbud i alle kommuner. Placeringen kan opleves som forvurderende for den kommune hvor tilbuddet placeres i forhold til mulig nærhed og sammenhæng til kommunale ydelser.

Etablering af en akutklinik og et sundhedshus kræver politisk godkendelse af de berørte kommuner, Region Hovedstaden samt af Praksisudvalget, såfremt akuttilbuddet omfatter en lægevagtsfunktion.

Behov for etablering af nære akuttilbud i Frederikssund

De økonomiske forhold ved etablering af et nært akuttilbud ved lukning af hospitalsmatriklen i Frederikssund skal beregnes nærmere ved konkretisering af forslaget, herunder beslutning om den fysiske placering af tilbuddet.

For at skabe optimal tryghed og tilgængelighed kan akutklinikken evt. gøres døgndækkende. Fremmødet i den nuværende skadestue på Frederikssund Hospital i perioden 23.00 til 6.00 er i midlertid begrænset. Det er således driftøkonomisk ikke optimalt at etablere en døgndækkende akutklinik i Frederikssund. Dette sammenholdt med, at der relativ set ikke er langt til nærmeste fælles akutmodtagelse, regionens korte responstider og at borgerne fortsat har et tilbud om at ringe til vagtlægen gør, at arbejdsgruppen anbefaler, at akutklinikken kun har dag- og aften åbent.

Ved beslutning om etablering af tilbuddet i dag- og aften (7.00-22.00) vil udgifterne til behandlersygeplejersker minimum være ca. 2,7 mio. kr.

De samlede udgifter skal holdes op mod besparelser ved lukning af en hospitalsmatrikel og/eller skadestuefunktionen, samt forventning om en reduktion i antallet af akutte indlæggelser.

2. Baggrund

Ved indgåelse af budget 2011 er det aftalt, at der gennemføres et udviklingsarbejde omkring nære akutskadeklinikker koblet til sundhedshuse (sundhedscentre), så der kan sikres tryghed for borgerne i nærmiljøet.

Til dette formål har der været nedsat en arbejdsgruppe, som har haft i opdrag at udarbejde en generisk model for udvikling af nære akuttilbud, som kan bruges i forbindelse med etablering af fremtidige nære akuttilbud i Region Hovedstaden. Endvidere skulle arbejdsgruppen konkret vurdere behovet for at etablere akuttilbud i Frederikssund.

Arbejdsgruppen har været sammensat af repræsentanter fra Frederikssund og Halsnæs Kommune, repræsentanter udpeget af KKR, fagpolitiske repræsentanter fra PLO, sundhedsfagligt og administrativt personale fra Region Hovedstaden.

Arbejdet skulle afsluttes med en rapport i maj 2011. For at forslaget kan indgå i den kommende budgetproces og arbejdet med Hospitals- og Psykiatriplan 2020, er fristen imidlertid fremrykket til primo februar 2011.

./. Kommissoriet er vedlagt som bilag.

3. Indledning

Med aftalen om 'Hospitals- og psykiatriplan 2020' ændres hospitalsstrukturen i Region Hovedstaden. Den nye struktur betyder bl.a. at der bliver færre skadestuer, ligesom nogle borgere kan få længere til hospitalet. Dette skaber et behov for at sikre at borgere ved *akut opståede mindre skader* fortsat har et tilbud om behandling i rimelig nærhed.

Det er dog væsentligt at understrege, at der - selv ved lukning af matriklerne i Frederikssund og Helsingør - set i et nationalt perspektiv ikke er langt til nærmeste fælles akutmodtagelse på områdehospitalet. Planlægningsområde Nord kan ikke karakteriseres som et udkantsområde. Region Hovedstaden er endvidere veldækket for så vidt angår lægedækning i almen praksis.

Modellen skønnes alligevel mest relevant i planlægningsområde Nord, da afstandene til områdehospitalet her, set i et regionalt perspektiv, er størst.

I det følgende fremsættes forslag til generisk model for nære akut- og sundhedstilbud i Region Hovedstaden, hvorefter der gives et konkret bud på behovet for at etablere akuttilbud i Frederikssund.

Samarbejde omkring nære akutte – og sundhedstilbud kan være med til at understøtte parternes samarbejde. Målet er at borgerne skal opleve tryghed, sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen.

4. Forslag til model for nære akut- og sundhedstilbud

4.1 Formål

For at sikre tryghed for borgerne i nærmiljøet kan der ved nedlæggelse af en hospitalsmatrikel - i områder med relativt langt til områdehospitalet - etableres akutklinikker koblet til sundhedshuse i nærmiljøet.

Tilbuddet skal sikre borgerne fortsat mulighed for behandling af mindre akutte tilstande i nærmiljøet, god service gennem kort ventetid og mulighed for hurtig vurdering, forebygge indlæggelser, samt sikre lighed i sundhed.

Tilbuddet kan med fordel suppleres med tilbud om sundhedstelefon, hvor borgerne kan ringe med henblik på rådgivning om det rette sundhedstilbud og ventetidsinformation.

For at facilitere synergi og tværsektorielt samarbejde foreslås, at det regionale nære akuttilbud og praksisklinikker suppleres med kommunale sundhedsfunktioner, herunder forebyggelsestilbud, genoptræning, akut- og genoptræningsdøgnpladser, sundhedspleje m.v.¹. Apotek, frivillige organisationer og patientforeninger kan også tænkes at indgå i sundhedshuse.

I det følgende beskrives først forslag til etablering af akutklinik i tilknytning til lægevagt og praksisfællesskaber og dernæst koblingen til nære kommunale sundhedstilbud, der med fordel kan placeres i et tværsektorielt sundhedshus.

4.2 Akutklinik i tilknytning til lægevagt og praksisfællesskaber

4.2.1 Målgruppen og opgaver

Målgruppen for det nære akuttilbud er alle borgere i nærområdet, med behov for akut vurdering og behandling af *mindre alvorlige skader eller akut sygdom*, der ikke har behov for behandling på en fælles akutmodtagelse.

Ved *alvorlig akut sygdom eller tilskadekomst* skal borgerne henvende sig, visiteres eller indbringes til de fælles akutmodtagelser på områdehospitalet, hvor der er mulighed for døgndækkende diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer.

Almen praksis, herunder evt. også lægevagtsklinik, som efter aftale er placeret i et sundhedshus, skal i et nært samarbejde med akutklinikken varetage borgernes behov for sundhedsydelse, hvor der ikke er behov for specialiserede ydelser fra sygehuse, herunder diagnostik og behandling af lettere skader og akutte tilstande.

Det er vigtigt, at akutklinikken ses i sammenhæng med det eksisterende akutte tilbud på både hospitaler og praktiserende læger. Ved etablering af en

¹ Synergien og det tværsektorielle samarbejde vil dog være størst i forhold til den kommune, hvor huset er beliggende.

akutklinik, skal det i samarbejde med de praktiserende læger og lægevagten afklares, hvordan der kan udvikles et samarbejde omkring varetagelsen af borgernes behov for nære akutte sundhedsydelse, der ikke kræver specialiseret behandling på en fælles akutmodtagelse.

Konkret kan peges på, at akutklinikken eksempelvis skal kunne håndtere og færdigbehandle akutte skader som: næseblødning, mindre flænger og sår, mindre brandsår, fjernelse af overfladiske fremmedlegemer, primær vurdering og evt. færdigbehandling af forstuvninger og mindre komplicerede brud på brystkasse, kraveben, over- og underekstremitet jf. anbefalingerne i Status for udvalget om det præhospitale akutberedskabs arbejde.

4.2.2 Organisation og visitation

Akutklinikken foreslås bemandet med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra nærmeste fælles akutmodtagelse på områdehospitalet. Personalet i akutklinikken referer til og ledes af den fælles akutmodtagelse på områdehospitalet.

Der bør etableres mulighed for gensidig direkte visitation mellem almen praksis/lægevagt og akutklinik.

Da praktiserende læger forudsætter et lægevisiteret akuttilbud, er det en mulighed, at der indgås en samarbejdsaftale mellem akutklinikken og lægevagten på linje med den aftale, der er indgået på Hvidovre Hospital om samarbejdsrelationer mellem lægevagt og hospitalets akutfunktion. En sådan aftale vil betyde, at såfremt behandlersygeplejersken på baggrund af triage vurderer at en patient vil være bedre hjulpet i lægevagtsklinikken, vil patienten blive tilbudt mulighed for at ringe på et direkte nummer til lægevagten telefonvisitation. Såfremt en vagtlæge skønner at en patient bør tilbydes behandling af en behandlersygeplejerske kan lægevagten henvise til akutklinikken.

4.2.3 Åbningstid/tilgængelighed

I dagtid varetages den primære behandling af lettere skader og akutte tilstande, der ikke kræver specialiseret behandling, af almen praksis samt akutklinikken bemandet med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra nærmeste fælles akutmodtagelse på områdehospitalet.

I vagttid varetages de almen medicinske tilbud af akutklinikken bemandet med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra nærmeste fælles akutmodtagelse på område hospitalet samt lægevagtskonsultation, såfremt der kan opnås aftale herom.

Det er vigtigt, at der sikres akut tilgængelighed i almen praksis frem til kl. 16.00.

4.2.4 Sammenhæng til det præhospitale akutberedskab

Forslag til nære akuttilbud skal ses i sammenhæng med regionens eksisterende akutte tilbud ved akut og livstruende tilskadekomst og sygdom.

Ved alvorlig akut tilskadekomst og ved alvorlig akut sygdom ringer borgerne uændret 112 og viderestilles fra 1. april 2011 til Regions vagtcentral.

Regionens vagtcentral vil med sundhedsfagligt personale modtage opkaldet, vurdere behovet for hjælp og hastegrad samt evt. afsende fx ambulance og akutlægebil eller viderestille til anden relevant hjælp. Regionens vagtcentrals personale vil rådgive og vejlede borgeren indtil den akutte hjælp er fremme. I tilfælde hvor der ikke er behov for ambulance vil borgeren få anden rådgivning og vejledning og evt. blive viderestillet til anden relevant hjælp. Der er årligt 120.000 112 opkald vedr. sygdom og tilskadekomst.

Regionens akutberedskab med ambulance og akutlægebiler har en responstid for udrykningskørsler på 6-8 minutter (i planområde Nord aktuelt 7 minutter og 9 sekunder) og 90 % er fremme inden for 13 minutter (i planområde Nord aktuelt 12 minutter og 8 sekunder). Dette betyder, at der ved akut og livstruende tilstande vil være hurtig assistance med ambulance og evt. med en speciallæge til borgeren i hele regionen og herunder også ved akutte hændelser i forbindelse med kommende nærtilbud/akutkliniker.

4.2.5 Tilbud om sundhedsfaglig rådgivning

Det er afgørende at borgerne har kendskab til regionens sundhedstilbud. Det er imidlertid vanskeligt for borgerne at have opdateret kendskab til regionens mange sundhedstilbud både fagligt og geografisk. Samtidig har borgeren som lægperson ofte vanskeligt ved at vurdere både den aktuelle skade/sygdom og behandlingsbehovet. Det er derfor hensigtsmæssigt at give borgeren let adgang til sundhedsfaglig rådgivning og vejledning om regionens tilbud ved at etablere en sundhedstelefon.

Via en sundhedstelefon kan der vejledes om og henvises til det rette og relevante tilbud, herunder akutklinik, en akutmodtagelse eller anden relevant hjælp hos egen læge, lægevagt eller et kommunalt tilbud.

En sundhedstelefon kan således sikre, at borgerne tilbydes rådgivning og adækvat behandling på det laves effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON princippet).

En sundhedstelefon kan i en projektperiode fx placeres på regionens vagtcentral som i forvejen har et døgnberedskab til modtagelse af sundhedsfaglige 112-opkald. Dermed opnås synergieffekt i forhold til både beredskab og sammenhæng med visitation til regionens øvrige akuttilbud.

4.2.6 Lokaler

Region og kommune skal hver for sig eller i fælleskab stille de bygningsmæssige faciliteter til rådighed for hhv. akutklinik og sundhedshus.

Fælles fysiske rammer vurderes som væsentlige for facilitering af samarbejde på tværs af sektorer.

4.2.7 Udstyr

Akutklinikken bør kobles telemedicinsk op til den fælles akutmodtagelse på områdehospitalet og forsynes desuden med mulighed for videokonference.

Akutklinikken skal endvidere udstyres med minimum en hvileplads/stol til kortvarig observation.

Sundhedshuset bør være forsynet med fællesudstyr til blodprøvetagning og laboratorium til akutte og elektive analyser.

Det kan endvidere overvejes at forsyne akutklinikken med eksempelvis EKG- og røntgenudstyr, genoplivningsudstyr og overvågningsudstyr. Overvejelserne bør dog vurderes nærmere i forhold til behovet for at sikre kompetencen til at betjene udstyret.

4.3 Nære sundhedstilbud

Nære akuttilbud kan med fordel suppleres med nære sundhedstilbud.

Etablering af sundhedshuse, hvor de nære kommunale og regionale sundhedstilbud samles og organiseres forventes at give bedre sammenhængende patientforløb, undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og derved give borgerne øget tryghed og bedre tilbud i nærområdet.

4.3.1 Målgruppe

Tilbuddet henvender sig til alle borgere i den eller de kommuner, som tilbuddet betjener.

Målgruppens sundhedsprofil varierer kommunerne i mellem, hvorfor der også vil være behov for forskellige tilbud og organisering af disse. Borgere med kronisk sygdom samt ældre borgere med genoptræningsbehov vil være de dominerende brugere af et sundhedshus.

Et specialiseret hospitalsvæsen med accelererede patientforløb er ikke altid det bedste tilbud til visse patientgrupper - fx ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom. For disse grupper er lokale sundhedsydelser i nærmiljøet ofte at foretrække. Dette skaber behov for nye strukturer for det nære sundhedsvæsen, som varetages af praksissektoren og kommunerne.

4.3.2 Mulige funktioner i et sundhedshus

Der kan evt. arbejdes med en ”grundmodel” med tilbud, der udgør grundstammen i et nært sundhedstilbud. Derudover kan der være andre elementer, der kan vælges til og fra alt efter målgruppens behov og øvrige tilbud i lokalområdet, fx akutklinik eller samarbejde på socialområdet.

Et sundhedshus kan alt efter lokale behov omfatte følgende funktioner:

- Akutklinik, herunder vagtlægefunktionen (hvis lang til nærmeste fælles akutmodtagelse)
- Praktiserende læger

- Praktiserende speciallæger
- Kiropraktorer
- Praktiserende fysioterapeuter
- Fodterapeuter
- Tandlæger
- Praktiserende psykologer
- Jordemoderkonsultationer
- Distriktspsykiatrien
- Kommunale akut- og genoptræningspladser med mulighed for telemedicinsk opkobling til områdehospitalet med henblik på forebyggelse af ind- og genindlæggelser
- Borgerrettet forebyggelse: rådgivning, undervisning og aktiviteter i forhold til livsstilsemner (KRAM faktorer),
- Patientrettet forebyggelse: Tilbud indeholdt i forløbsprogrammer for kroniske sygdomme
- Forebyggende træning, vedligeholdende træning og genoptræning,
- Træningsfaciliteter,
- Misbrugsrådgivning
- Den kommunale tandpleje (omsorgstandplejen og børnetandplejen)
- Socialrådgiverfunktion
- Diætistfunktion
- Base for kommunens hjemmesygepleje og hjemmeplejen
- Base for sundhedsplejen. Fysiske muligheder for f.eks. mødregrupper
- Base for kommunelægerne
- Sund By butik
- Administrative funktioner indenfor det kommunale sundhedsvæsen
- Apoteksfunktion
- Patientforeninger
- Frivillige organisationer

4.4 Akutklinik og sundhedstilbud samlet i ét sundhedshus

4.4.1 Organisering og visitation

Ovennævnte akut- og sundhedstilbud vil med fordel kunne samles i et sundhedshus ved at etablere en sammenhængende organisering og samarbejdsstruktur i sundhedstilbuddet.

Organiseringen skal sikre sammenhængende patientforløb samt samarbejde mellem tilbuddets funktioner. Bl.a. skal der etableres entydig arbejdsdeling og henvisningsveje, ligesom det skal være enkelt og gennemskueligt for patienten, hvor han/hun skal henvende sig.

I kommunerne er der de senere år gjort mange erfaringer med etablering af sundhedscentre, som vil kunne indgå i planlægningsarbejdet.

4.4.2 Formelle rammer

Gennem bl.a. praksisplanlægningen på de enkelte praksisområder (almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi, kiropraktik, psykologhjælp samt fodterapi) og sundhedsaftalerne kan kommunerne og praksissektorens yder-

grupper inddrages i udarbejdelse af en regional/lokal strategi for det nære sundhedsvæsen, sundhedshuse.

4.4.3 Lokaler

Kommune og region skal stille de bygningsmæssige faciliteter til rådighed. Private aktører, herunder fra praksissektoren, vil skulle leje sig ind på markedsvilkår.

Fælles fysiske rammer vurderes som væsentlige for facilitering af et tværsektorielt samarbejdet i et sundhedshus.

Endvidere kan sikres optimeret udnyttelse af de fysiske rammer, diagnostisk udstyr, telemedicin, klinikpersonale, sekretærfunktioner, it-udstyr mv.

4.5 Udfordringer ved og forudsætninger for etablering af sundhedshuse

I det følgende beskrives de væsentligste udfordringer ved og forudsætninger for etablering af sundhedshuse.

4.5.1 Politisk godkendelse

Forslaget om etablering af nære akut- og sundhedstilbud skal politisk godkendes i kommunerne og i Region Hovedstaden, samt af Praksisudvalget, såfremt akuttilbuddet omfatter en lægevagtsfunktion.

4.5.2 Den geografiske placering

Et sundhedshus bør placeres i det mest borgernære område i det optageområde som tilbuddet skal dække.

Den geografiske placering af nære akuttilbud er imidlertid en udfordring, idet det ved salg af nuværende hospitalsmatrikler ikke er givet i hvilken kommune det nære akuttilbud skal placeres. Placeringen kan opleves som favoriserende for den kommune hvor tilbuddet placeres i forhold til mulig nærhed og sammenhæng til kommunale ydelser.

4.5.3 Tværsektorielt arbejde

Et sundhedshus der indeholder kommunale, regionale, private eller frivillige organisationers sundhedstilbud, kræver et tæt og gensidigt forpligtigende samarbejde mellem aktørerne.

Det kræver samtidig, at der defineres en faglig ramme for de aktører som indgår i Sundhedshuset.

4.5.4 Praksissektorens ydere

Praksissektorens ydere er selvstændigt erhvervsdrivende, som virker efter overenskomst med regionen. Regionen har mulighed for at styre ydernes geografiske placering gennem den regionale praksisplanlægning. Men regionen har ikke kompetence til at flytte eller binde praksissektorens ydere til en bestemt lokalitet, og har dermed heller ikke mulighed for umiddelbart at sam-

le praksissektorens ydere i større sundhedshuse. Kiopraktorerne overenskomst og den nye overenskomst for almen praksis rummer dog mulighed for at binde nogle ydernumre til en given geografisk lokalitet. Etablering af nære sundhedstilbud, der omfatter praksissektoren, forudsætter derfor et tæt samarbejde med de pågældende ydergrupper

Økonomiprotokollatet

Forhandlingaftalen fra 2010 mellem RLTN og PLO omfatter et økonomiprotokollat, der skal begrænse aktivitetsstigningen i almen praksis. Det nævnes af de praktiserende læger som en mulig barriere, såfremt det nye akuttilbud øger aktiviteten i praksis og lægevagten.

Visitation og kompetencer

Praktiserende læger forudsætter et lægevisiteret akuttilbud og udtrykker bekymring for kompetencerne i praksis til at varetage akut/skadelægeopgaver.

Såfremt de praktiserende læger ikke ønsker at deltage i det nære akuttilbud kan tilbuddet evt. organiseres som et rent sygeplejerskebetjent tilbud, idet den lægefaglige back-up fortsat vil være fra områdehospitalets fælles akutmodtagelse.

4.5.5 Rekruttering af personale akutklinikken

Optimal drift forudsætter rekruttering af personale med kompetencer inden for såvel skadebehandling og triage. Sygeplejersker med denne kompetenceprofil findes ikke i tilstrækkeligt antal på nuværende tidspunkt.

Sikkerheds og arbejdsmiljømæssige forhold for behandlersygeplejersker kan endvidere betyde, at et døgndækkende beredskab skal være bemandet med minimum to behandlersygeplejersker. Ved få kontakter i vagttid, kan dette medføre en suboptimal ressourceudnyttelse.

5. Vurdering af behov for etablering af nært akuttilbud

i Frederikssund

I det følgende vurderes behovet for etablering af en akutklinik i tilknytning til vagtlægefunktionen i Frederikssund ved lukning af den nuværende hospitalsmatrikel. Et forslag, der som beskrevet, med fordel kan udbygges med en sundhedstelefon og kommunale sundhedstilbud, herunder akutpladser.

Tilbuddet skal sikre borgerne fortsat mulighed for behandling af mindre akutte tilstande i nærmiljøet, god service gennem kort ventetid og mulighed for hurtig vurdering, forebygge indlæggelser, samt sikre lighed i sundhed.

Målet er tryghed for borgerne hele døgnet.

5.1 Målgruppen

Målgruppen for et nært akuttilbud i Frederikssund er de patienter med behov for akut vurdering og behandling af *mindre alvorlige skader eller akut sygdom*, som ikke har behov for behandling på den fælles akutmodtagelse på områdehospitalet.

Ved *alvorlig akut sygdom eller tilskadekomst* skal borgerne henvende sig, visiteres eller indbringes til de fælles akutmodtagelser på områdehospitalet, hvor der er mulighed for døgndækkende diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer.

Ved lukning af Frederikssund Hospital og dermed skadestuen er det forventeligt, at en del af de patienter, der i dag benytter sig af skadestuen på Frederikssund Hospital, med fordel kunne benytte sig af det eksisterende akuttilbud i praksissektoren i nærområdet, dvs enten egen læge i dagtid eller vagtlæge uden for dagtid.

Hvor stort dette antal er vides ikke sikkert, men tidligere kvalitative undersøgelser har indikeret, at mere end halvdelen af de patienter, der behandles på en uvisiteret skadestue, kunne have været behandlet i lægevagten.

Der var i 2010 ca. 19.500 kontakter i skadestuen på Frederikssund Hospital.

Ud fra ovenstående betragtninger forventes et nært akuttilbud at skulle håndtere ca. 15 til 20 selvhenvendende pr. døgn.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at dette patientvolumen kan håndteres af én behandlersygeplejerske i fremmøde.

Lægevagten i Frederikssund havde i 2010 ca. 15.700 konsultationer. Dette antal forventes at stige ved lukning af skadestuen i Frederikssund Hospital.

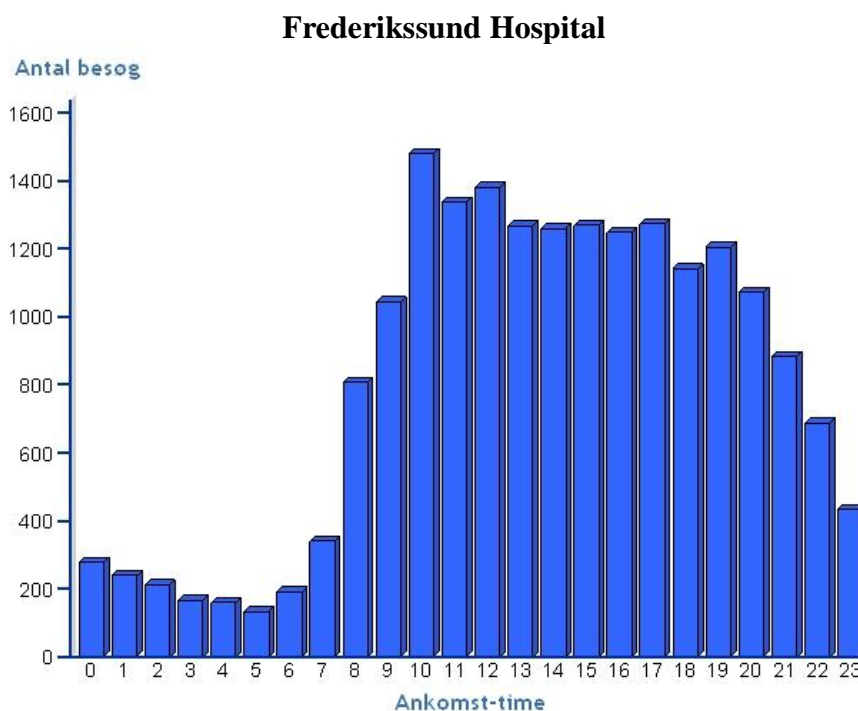
5.2 Åbningstider/tilgængelighed

For at skabe optimal tryghed og tilgængelighed kan akutklinikken evt. gøres døgndækkende.

Som det fremgår af nedenstående histogram er der imidlertid et begrænset fremmøde på den nuværende skadestue på Frederikssund Hospital i perioden 23.00 til 6.00. Det er således driftøkonomisk ikke optimalt at etablere en døgndækkende akutklinik i Frederikssund.

Dette sammenholdt med, at der relativ set ikke er langt til nærmeste fælles akutmodtagelse, regionens korte responstider og at borgerne fortsat har et tilbud om at ringe til vagtlægen gør, at arbejdsgruppen anbefaler, at akutklinikken kun har dag- og aften åbent.

Skadestuebesøg på fordelt på ankomsttime 2010



5.3 Økonomi

De økonomiske forhold ved etablering af et nært akuttilbud samtidig med lukning af hospitalsmatriklen i Frederikssund skal nærmere beregnes gennem en konkretisering af forslaget, herunder beslutning om den geografiske placering af tilbuddet.

Såfremt der etableres en døgndækkende akutklinik med én behandlersygeplejerske i vagt vil udgifterne til behandlersygeplejersker minimum være ca. 3,8 mio. kr.

Sikkerheds og arbejdsmiljømæssige forhold for behandlersygeplejersker kan dog betyde, at et døgndækkende beredskab skal være bemanded med

minimum to behandlersygeplejersker. Udgiften hertil vil i så fald minimum være ca. 6,6 mio. kr.

Ved beslutning om etablering af tilbuddet i dag- og aftentid (7.00-22.00) vil udgifterne til behandlersygeplejersker minimum være ca. 2,7 mio. kr.

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe om nære akutskadepoliklinikker i forbindelse med Hospitals- og Psykiatriplan 2020

Baggrund

Den 18. maj 2010 indgik Socialdemokraterne, Det Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti og Venstre aftale om Hospitals- og Psykiatriplan 2020.

I denne aftale fremgår, at ”akut- og skadestuebetjeningen moderniseres i overensstemmelse med de nye muligheder, som sammenlægning af specialer og den teknologiske udvikling giver – i forhold til ambulancer, helikoptere, telemedicin med videre. Der skal hurtigst muligt iværksættes et udviklingsarbejde omkring nære akutskadepoliklinikker fx i sundhedshuse med lægevagt og faglig opkobling til områdehospitalerne. Målet er tryghed for borgerne hele døgnet”.

Efterfølgende har regeringen og Dansk Folkeparti indgået aftale om udmøntning af midler til nære sundhedstilbud i udkantsområder og helikopterordning. Parterne ønsker med aftalen at sikre, at borgere i alle dele af landet hurtigt kan komme i relevant behandling. På den baggrund ønsker parterne at styrke de nære sundhedstilbud i form af sundheds- og akuthuse, almen praksis, herunder større lægehuse med akutfaciliteter, og kommunale tilbud, som kan håndtere de mange sygdomstilfælde og skader, hvor det ikke er nødvendigt at tage til et specialiseret sygehus med fælles akutmodtagelse. For at håndtere disse mindre sygdomstilfælde i nærområdet påpeges det, at det er essentielt at sikre et sammenhængende akutsystem på tværs af regioner, kommuner og sektorer og det bemærkes, at det er væsentligt i højere grad at samordne vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem, samt at systemet er fleksibelt og tilpasset lokale forhold.

Det fremgår af aftalen, at de nære sundhedstilbud og den præhospitale indsats skal understøtte den nye sygehusstruktur med større og mere specialiserede enheder og fælles akutmodtagelser. Der er i finansloven for 2009 og 2010 afsat 600 mio. kr. til ovenstående løsninger i udkantsområderne.

Aftalen om Hospitals- og Psykiatriplan 2020 lægger op til, at fusioneringen af hospitalerne suppleres med nære akut tilbud. Det vil i første omgang være relevant i planområde Nord.

Nære Akutskadepoliklinikker

Der opbygges i Region Hovedstaden en struktur, hvor der både er en akutklinik og et sundhedshus. Derved kan der opnås synergieffekt af både at betjene befolkningen i forbindelse med ”mindre akutte tilstande” og i forbindelse med ”hyppige eller simple kontroller og diagnostiske undersøgelser” enten via hospitalsvæsen eller praktiserende læge. Akutklinikken er bemannet med sygeplejersker med lægeligt backup, enten via almenmedicinere (lægevagt) eller via planområdets fælles akutmodtagelse. Det nære tilbud til kronikere eller blot kontroller vil typisk bestå af medicinske ambulatorier, jordemoderkontroller, laboratoriefaciliteter og røntgenundersøgelser. Telemedicin skal medtænkes i denne sammenhæng.

Et fuldt udbygget sundheds- og akuthus kan potentielt omfatte følgende funktioner:

- Praktiserende læger, herunder vagtlægefunktion
- Skadeklinik
- Praktiserende speciallæger
- Praktiserende fysioterapeuter
- Praktiserende psykologer
- Praktiserende fodterapeuter
- Jordemoderkonsultationer
- Røntgen/billeddiagnostik, blodprøvetagning mv.
- Kommunal genoptræning
- Kommunal sygepleje, herunder akut og døgndækkende pleje
- Kommunalt tilbud om sundhedspleje
- Tandlæger og kommunale tandplejeordninger
- Sengeafdelinger til visse kroniske medicinske patienter
- Regionale, ambulante tilbud til visse kroniske medicinske patienter, herunder dialysepatienter
- Planlagte mindre kirurgiske indgreb
- Akut-/lægebil
- Apotek

De rent regionale opgaver kan udbygges ved indgåelse af aftaler med kommunerne og praksissektoren. Der kan indgås aftaler med kommunerne om genoptræning, hjemmesygeplejersker og forebyggelsestiltag og med praksissektoren om tilstedeværelse af almen medicin (praktiserende læger), psykologer, tandlæger, fodterapeuter, fysioterapeuter. Herved vil der være etableret et sundhedshus i meget bred forstand.

Arbejdsgruppe

Koncerndirektionen har på denne baggrund besluttet at igangsætte et udviklingsarbejde omkring nære akuttillbud i Region Hovedstaden. Til dette formål nedsættes en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en generisk model for udvikling af nære akuttillbud, som kan bruges i forbindelse med etablering af fremtidige nære akuttillbud i Region Hovedstaden. Endvidere skal arbejdsgruppen konkret vurdere behovet for at etablere akuttillbud i Frederikssund.

Arbejdsgruppen har til opgave:

- At belyse det mulige indhold i nære akuttillbud i Region Hovedstaden herunder kriterier for hvilke forhold, der skal være tilstede for etablering af nære akuttillbud (eksempelvis kapacitet, fagligt niveau, visitation og snitflader til øvrige sektorer)
- Vurdere fordele og ulemper ved de forskellige elementer
- At belyse behovet (herunder bl.a. karakter, omfang og geografi) for nære akuttillbud i Frederikssund
- At belyse de økonomiske forhold ved etablering af nære akuttillbud i Frederikssund

Arbejdet afsluttes med en rapport i maj 2011.

Arbejdsgruppens sammensætning

- Formand vicedirektør Bente Ourø Rørth, Hillerød Hospital
- Hospitalsdirektør Jens Ole Jarden, Frederikssund Hospital
- Vicedirektør Bente Drachmann, Helsingør Hospital
- Vicedirektør Ane Friis Bendix, Frederiksberg Hospital
- Ledende overlæge Peter Berlac, Akutafdelingen, Hillerød Hospital
- Ledende overlæge Tomas Joen Jacobsen, Kardiologisk & Endokrinologisk Afdeling, Hillerød Hospital
- ledende overlæge Anette Sjøel, Medicinsk Afdeling, Frederikssund Hospital
- Direktør Helle Hagemann Olsen, Halsnæs Kommune
- Ældre og Sundhedschef Birte Grothe, Frederikssund Kommune
- Souschef Bjarne Bjørn Christiansen (udpeget af KKR)
- Sundhedschef Louise Høg (udpeget af KKR)
- Praktiserende læge Claus Perrild, fagpolitisk repræsentant og næstformand for praksisudvalget og formand for lægevagtsudvalget
- Praktiserende læge Ask Arnesen, fagpolitisk repræsentant og medlem af praksisudvalget og lægevagtsudvalget
- Chef Freddy Lippert, Akut Medicin og Sundhedsberedskab
- Enhedschef Karen Tøke, Udviklingsenheden, Koncern Praksis
- Enhedschef Torben Hyllegaard, Enhed for Kommunesamarbejde, Koncern Plan og Udvikling
- Budgetchef Søren Helsted, Koncern Økonomi
- Chefkonsulent Niels Erik Jørgensen, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning, Koncern Plan og Udvikling
- Planlægningskonsulent Rikke Skaaning Andersen, sekretariatsbetjening.

21. februar 2014

Vision for Fælles Sundhedshuse

Indledning

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren og patienten i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb for borger og patient. Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for at vi lykkes med den dagsorden. På tværs af sektorer kræver det mod til at afprøve nye løsninger og udfordre de eksisterende strukturer. Vi vil sætte dagsordenen for udvikling af nye tværsektorielle tilbud, uafhængig af de nuværende organisatoriske rammer.

Dette er en Vision for Fælles Sundhedshuse i Region Hovedstaden. Målet er at virkeliggøre visionen. I første omgang som et modelprojekt i Helsingør og høste erfaringer til eventuelle kommende fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden.

Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. Visionen om fælles sundhedshuse tager afsæt i borgerens og patientens behov, faglig kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau.

Fælles sundhedshuse skal sætte rammen om fremtidens tilbud til borgere og patienter udenfor hospitalet. Det skal være attraktivt for borgerne, og borgere og patienter skal føle sig inddraget i et koordineret, informeret og effektivt behandlingsforløb.

Fælles sundhedshuse skal integrere og koble kommunale sundheds-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med behandlingstilbud på hospitaler og i almen praksis, indenfor rammer der understøtter samarbejde om og med borgeren og patienten. Fælles sundhedshuse skal inspirere til samarbejde eller nye partnerskaber mellem de omkringliggende kommuner om at skabe attraktive tilbud for borgerne i området.

Fælles sundhedshuse skal understøtte nytænkning og en anderledes indsats overfor patienter og borgere, der animerer til at tage ansvar for egen sundhed. Fælles sundhedshuse skal være fleksible, så de kan rumme fremtidig udvikling og forandringer på sundhedsområdet.

I Danmark dækker begrebet sundhedshus i dag over meget forskelligt indhold. Denne vision tager afsæt i erfaringer, der er gjort med sundhedshuse andre steder og i rapporten "Nære Akut- og Sundhedstilbud", der blev udarbejdet mellem region og kommuner i planområde nord i 2011.

Udvikling på sundhedsområdet

Sundhedsområdet er i en løbende forandringsproces hvor nye behandlingstilbud kontinuerligt udvikles og ændres. Nye behandlingstilbud kalder på forandring af de måder, vi løser opgaverne på, og medfører en stadig tilpasning af, hvornår der er behov for en hospitalsindsats, og hvornår en sundhedsindsats bedst løses i almen praksis eller i kommunen.

Samtidig får vi flere og flere ældre, der lever længere. Det betyder også, at vi får flere borgere, der lever med en eller flere kroniske sygdomme. Den demografiske udvikling har medført et stadigt stigende fokus på sammenhængende forløb, og på hvordan der skabes bedst mulig sammenhæng mellem de indsatser, der leveres på hospitalerne og i det nære sundhedsvæsen. I den forbindelse er der behov for at udvikle og etablere nye tilbud og samarbejdsmodeller for at kunne håndtere det øgede antal borgere, der har behov for sundhedsydelser og den øgede kompleksitet, som en række af borgernes sygdomsforløb er præget af.

Gevinster ved fælles sundhedshuse

Livskvalitet og let adgang til sundhedstilbud

Fælles sundhedshuse skal understøtte borgerne i at tage ansvar for eget helbred ved at styrke borgerens evne til at mestre egen sygdom og fokusere på sundhed frem for sygdom.

For nogle borgere er det forbundet med tryghed at have relevante sundhedstilbud, hvortil der er let adgang. For andre borgere har det betydning, at der er én entydig indgang, så de ved hvor de skal henvende sig. Ved at samle kommunale og regionale sundhedstilbud i fælles sundhedshuse vil mange borgere kunne få dækket behov for sundhedsydelser på samme matrikel.

Lighed i sundhed

Fælles sundhedshuse skal danne rammen om fremtidens måde at designe sundhedstilbud til de patienter og borgere, der er vanskelige at favne i de traditionelle tilbud. For eksempel gennem opsøgende arbejde, forløbskoordinatorer for den socialt udsatte eller sårbare patient, gennem design af mindre autoritative fysiske rammer eller lignende.

Fælles sundhedshuse vil give optimale rammer for samarbejde på tværs mellem forskellige fagligheder med forskellige kompetencer for at imødekomme denne målgruppes behov.

I forhold til udsatte borgere og sårbare patienter er det dels en udfordring for sundhedsvæsenet at tilrettelægge tilbud der matcher særlige behov, såvel som det er en udfordring at motivere dem til at tage imod relevante tilbud. Samtidig viser undersø-

gelses, at ulighed i sundhed på flere områder er en stigende udfordring¹. Der er bred enighed om, at der er behov for at udvikle og finde nye måder at tilbyde differentierede sundhedsydelser på.

Sammenhængende forløb

Borgerne skal opleve fælles sundhedshuse som sømløse. Fælles sundhedshuse skal fysisk understøtte, at kommuner, hospitaler og almen praksis arbejder bedre og tættere sammen om at give borgerne de bedst mulige sammenhængende forløb, når de modtager sundhedsydelser i forskellige sektorer.

En af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er at sikre sammenhæng mellem indsatserne som helhed og for den enkelte borger, uanset om indsatsen er forankret kommunalt eller regionalt. En stor gruppe borgere og patienter modtager sundhedsydelser fra både hospital, almen praksis og kommune og har et særligt behov for, at samarbejdet fungerer på tværs af sektorer og faggrupper. Det er eksempelvis ældre sårbare medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder særligt multisyge (personer med flere samtidige kroniske tilstande), børn og svangre mm.

Tidlig opsporing

Fælles sundhedshuse skal være platform for udvikling af samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme for at undgå, at borgere bliver patienter.

Hvis det skal lykkes, er der behov for at styrke tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle kronisk sygdom eller anden sygdom. På den måde kan vi forsinke eller direkte forebygge udvikling af sygdom. Ved at samle en række forebyggelses- og sundhedstilbud i fælles sundhedshuse, øges mulighederne for at arbejde proaktivt og nyskabende med at forebygge og opspore symptomer på sygdom.

Endelig er der i forhold til tidlig opsporing potentiale i, at medarbejdere fra flere sektorer, der eksempelvis arbejder med gravide, børn og familier, misbrugere, borgere med kroniske sygdomme og psykisk syge får let adgang til at samarbejde.

Fælles Sundhedshuse – hvordan?

Nye samarbejdsformer

For at løfte de udfordringer det samlede sundhedsvæsen står over for, er det nødvendigt at udvikle nye måder at skabe sammenhæng på.

Fælles sundhedshuse skal skabe nye rammer for videndeling og kompetenceudvikling på tværs af faggrupper og organisationer. Det skal skabe bedre koordinering, samarbejde og sømløse overgange og samlet set højne kvaliteten af sundhedstilbuddene.

¹ Ulighed i sundhed- årsager og indsatser; Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet, 2011.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf

I dag betyder arbejdsdelingen mellem sektorerne, at der på nogle områder gives tilbud, der er overlappende, eller som ligner hinanden. Ved at samle denne type opgaver i fælles sundhedshuse skabes større fleksibilitet og smidighed i opgaveløsningen og færre overlap mellem indsatserne. Ligesom kendskab til vilkår og arbejdsgange i de øvrige sektorer forbedres, og der er mulighed for at skabe forståelse på tværs af organisationer, kulturer og fagligheder.

Samtidig skal mulighederne for at arbejde sammen på nye måder afprøves. Eksempler på nye samarbejdsformer kan være fælles ledelse, fælles personale, fælles budgetter, fælles opgaveløsning og fælles mål.

Opgaveløsning og arbejdsdeling

Det er visionen, at fælles sundhedshuse skal sikre bedre udnyttelse af ressourcerne, give større fleksibilitet i opgavevaretagelsen og dermed opnå mere sundhed for pengene. I Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne er det en politisk målsætning at sundhedstilbud til patienterne gives på lavest mulige effektive omkostningsniveau (LEON-princippet).

Sundhedslovens opgavedeling mellem region og kommune og udviklingen af hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivninger og mere ambulant behandling betyder, at der i stigende grad laves aftaler mellem region og kommuner om overdragelse af opgaver.

En af udfordringerne ved accelererede behandlingsforløb er, at kommunerne i højere grad end tidligere får borgere hjem, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og adgang til lægefaglig rådgivning. Fælles sundhedshuse rykker behandlingen tættere på borgerne og kan lette kommunernes adgang til lægefaglig rådgivning.

Aktører i et fælles sundhedshus

Visionen for fælles sundhedshuse er, at der skal være plads til mange forskellige aktører og funktioner.

I og med et fælles sundhedshus skal være for alle borgere i området, skal der også være tilbud, der er attraktive for borgere i andre kommuner end den kommune, som sundhedshuset er placeret i. Derfor skal fælles sundhedshuse invitere til nye partnerskaber mellem kommunerne. Det kunne eksempelvis være fælles tilbud, virtuelle konferencer mellem læger og kommunale sygeplejersker eller personale på kommunale akutpladser.

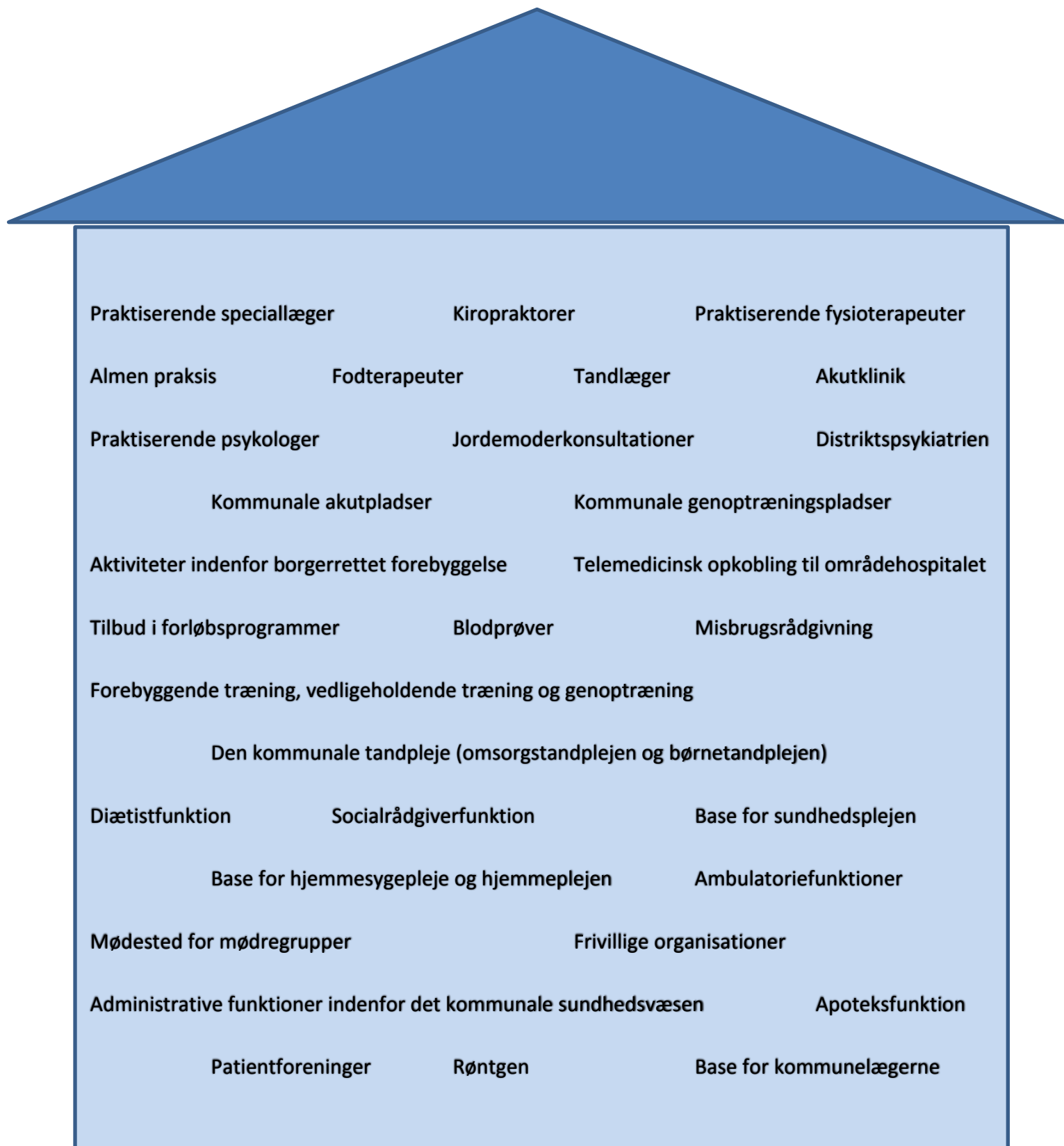
For så vidt angår de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, er det visionen at skabe et tæt og frugtbart samarbejde med lægepraksis i lokalområdet, dog uden at alle praktiserende læger nødvendigvis skal have konsultation i fælles sundhedshuse. Men almen praksis er essentiel for at kunne opfylde visionen om det

sammenhængende patientforløb og inviteres derfor til at indgå i det videre forløb omkring udformning af fælles sundhedshuse.

Erfaringer viser, at netværk i nærmiljøet kan være med til at understøtte nye livsformer. Derfor skal fælles sundhedshuse med de fysiske rammer understøtte nye netværk og aktiviteter og tilbud fra frivillige foreninger og civilsamfundet.

Med fælles sundhedshuse skabes helt nye rammer for sammenhængende sundheds-tilbud på tværs af sektorer. Det skal styrkes gennem samarbejde med uddannelses- og forskningsinstitutioner for derigennem at understøtte, at der kontinuerligt udvikles og skabe evidens på området.

Illustration af potentielt indhold i et fælles sundhedshus





Albertslund
Allerød
Ballerup
Bornholm
Brøndby
Dragør
Egedal
Fredensborg
Frederiksberg
Frederikssund
Furesø
Gentofte
Gladsaxe
Glostrup
Gribskov
Halsnæs
Helsingør
Herlev
Hillerød
Hvidovre
Høje-Taastrup
Hørsholm
Ishøj
København
Lyngby-Taarbæk
Rudersdal
Rødovre
Tårnby
Vallensbæk



SUNDHEDSAFTALE 2011-2014 - GENEREL DEL 7

1. Indledning 7

2. Politiske mål for Sundhedsaftalen 2011 – 2014..... 7

2.1 Tværgående politiske målsætninger 7

2.2 Indsatsområder..... 10

2.3 Forløbsunderstøttende indsatsområder 16

3. Beslutningsstruktur 20

4. Sundhedsaftalens opbygning 22

SUNDHEDSAFTALE 2011-2014 - OPERATIONEL DEL 23

FORLØBSORIENTEREDE INDSATSOMRÅDER. 23

1. Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme..... 23

1.1 Mål 23

1.2 Samarbejdsfora 24

1.3 Driftssamarbejde..... 25

1.4 Udviklingssamarbejde 28

2. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb 29

2.1 Forebyggelse af indlæggelser 30

2.1 Mål 30

2.1.2 Samarbejdsfora..... 31

2.1.3 Driftssamarbejde..... 31

2.1.4 Udviklingsprojekter..... 31

2.2 Indlæggelser og udskrivinger 32

2.2.1 Mål 32

2.2.2 Samarbejdsfora..... 32

2.2.3 Driftssamarbejde..... 33

2.2.4 Udviklingsprojekter..... 36

2.3 Forebyggelse af genindlæggelser 37

2.3.1 Mål 37

2.3.2 Driftssamarbejde..... 37

2.3.3 Udviklingsprojekter..... 38

3. Hjælpemidler 39

3.1 Mål	39
3.2 Samarbejdsfora	39
3.3 Driftssamarbejde.....	40
3.4 Udviklingstiltag.....	42
4. Genoptræningsområdet.....	44
4.1 Mål	44
4.2 Samarbejdsfora	45
4.3 Driftssamarbejde.....	45
4.4 Udviklingssamarbejde	48
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser	49
5.1 Mål	49
5.2 Driftssamarbejdet	50
5.3 Udviklingssamarbejde	51
6. Særlige målgrupper.....	55
6.1 Svangreomsorg.....	55
6.1.2 Mål.....	55
6.1.3 Udviklingssamarbejde	56
6.2 Børn	57
6.2.1 Mål	57
6.2.2 Udviklingssamarbejde	57
6.3 Komplekse udredningsforløb.....	58
6.3.1 Mål.....	58
6.3.2 Udviklingssamarbejde	58
FORLØBSUNDERSTØTTENDE INDSATSOMRÅDER	59
7. Planlægning, styring og opfølgning.....	59
7.1 Sammenhæng og koordinering af indsatsen.....	59
7.2 Driftssamarbejde.....	59
7.3 Opfølgning på udviklingsprojekter.....	62
8. IT, elektronisk kommunikation og teknologi.....	65
8.1 Mål	65
8.2 Samarbejdsfora	66
8.3 Driftssamarbejde.....	66
8.4 Udviklingssamarbejde	68
9. Hygiejne	69
9.1 Mål	69
9.2 Udviklingssamarbejde	70

10. Opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed ved sektorovergange.....	71
10.1 Mål.....	71
10.2 Samarbejdsfora.....	72
10.3 Driftssamarbejde.....	72
10.4 Udviklingssamarbejde.....	73
11. Medicinering.....	74
11.1 Mål.....	74
11.2 Samarbejdsfora.....	75
11.3 Driftssamarbejde.....	75
11.4 Udviklingsopgaver.....	76
SÆRLIGE INDSATSOMRÅDER.....	78
12. Ulighed i sundhed.....	78
12.1 Mål.....	78
13. Forskning.....	79
13.1 Mål.....	79
13.2 Organisering af udviklingsopgaverne.....	79

Sundhedsaftale 2011-2014 - Generel del

1. Indledning

Denne Sundhedsaftale er gældende for perioden 1. januar 2011 – 31. december 2014. Sundhedsaftalen består af en grundaftale og en tillægsaftale, der er indgået mellem Region Hovedstaden og den enkelte kommune. Grundaftalen, der er fælles for alle kommuner, består af en generel del og en operationel del. I den generelle del er de politiske mål samt de gensidige forpligtelser, som parterne har aftalt, beskrevet. I den operationelle del er de politiske mål konkretiseret og samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner beskrevet. Sundhedsaftalens opbygning med tilhørende læsevejledning er nærmere beskrevet under punkt 4 side 20.

2. Politiske mål for Sundhedsaftalen 2011 – 2014

Det er en fælles opgave for regionen og kommunerne at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen i regionen. I denne udvikling spiller almen praksis en central rolle. Sundhedsaftalen opstiller fælles mål for denne opgave.

Sundhedsaftalen fokuserer på samarbejde og snitflader mellem det specialiserede hospitalsvæsen, almen praksis og kommunerne.

Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgeren oplever sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis. Derfor aftales parternes gensidige forpligtelser og samspil.

Samarbejdet om sundhedsaftalen for 2008 - 2010 har udviklet parternes samspil markant. Sundhedsaftalen 2011 - 2014 bygger på de opnåede resultater, som yderligere skal konsolideres og monitoreres samtidig med, at der skal igangsættes nye udviklingsopgaver.

2.1 Tværgående politiske målsætninger

Politisk samarbejde

Sundhedsaftale 2011 - 2014 har som mål at styrke det politiske samarbejde mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Det politiske lederskab fra kommuner og region står centralt i den sundhedsmæssige indsats i aftaleperioden. Ligeledes fremhæver parterne i Sundhedsaftale 2011 - 2014 betydningen af inddragelsen af almen praksis i løsningen af de sammenhængende sundhedsopgaver.

Det politiske samarbejde styrkes gennem:

- Årlig politisk drøftelse i Sundhedskordinationsudvalget af relevante temaer i Sundhedsaftalen for 2011 – 2014
- Politisk drøftelse i Sundhedskordinationsudvalget af midtvejsstatus for sundhedsaftalerne i efteråret 2012
- Sundhedskordinationsudvalget afholder en politisk perspektivkonference på grundlag af ovennævnte midtvejsstatus med deltagelse af regionsråd, kommunalbestyrelser og praksissektor primo 2013

Et sammenhængende sundhedsvæsen

Borgere med sygdom skal tilbydes en sammenhængende sundhedsindsats kendetegnet ved høj faglig kvalitet, patientsikkerhed samt effektiv kommunikation. Særlig opmærksomhed rettes mod borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter, mennesker med sindslidelser samt sårbare personer og børn.

Sundhedsaftalen understøtter koordineret og aftalt arbejdsdeling, opgaveløsning og opgaveudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Fokus er på styrkelse og udvikling af den tværsektorielle indsats samt planlagt og styret opgaveoverdragelse under hensyntagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling mellem sundhedsvæsenets parter.

Mål:

- At opgaverne løses på lavest, effektive omkostningsniveau med fokus på faglig kvalitet og kompetenceudvikling
- Inden for rammerne af de gældende ansvars- og opgaveområder inddrager hospital, kommuner og almen praksis hinanden som samarbejdsparter tidligt i planforløb, hvor planarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats på sundhedsområdet
- At der udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række indsatsområder, primært målrettet borgere med kronisk sygdom, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning
- At styrke en sammenhængende indsats over for ældre medicinske patienter, med fokus på indlæggelser, der kan forebygges og velkoordinerede udskrivningsforløb

Forpligtende samarbejde

Almen praksis, hospitaler og kommuner indgår i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde om den eksisterende og fremtidige sundhedsindsats. Der videreføres en sammenhængende og meningsfuld samarbejdsstruktur.

Udfordringen er, at sikre klare prioriterede mål, opfølgning og incitament, der understøtter dialogen og samarbejdet mellem alle aktørerne. De gensidige forpligtelser på de prioriterede områder, herunder opfølgning på resultaterne af monitorering, skal aftales. Der er behov for en intensiveret og formaliseret inddragelse af de praktiserende læger i sundhedsaftalens implementering.

Mål:

- At samarbejdet sker gennem klare aftaler ud fra mål, opfølgning og incitament
- At der udarbejdes og etableres fælles principper for sikring af kvalitet i indlæggelses- og udskrivningsforløb med udgangspunkt i hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem parterne
- At samarbejdet med de praktiserende læger om implementering af sundhedsaftalen bliver formaliseret bl.a. gennem udarbejdelse af en årlig plan for de udviklingsopgaver, der forventes løftet i fællesskab. Regionen indgår i en koordinerende funktion i forhold til samordning af lokalaftaler, som den enkelte kommune ønsker at indgå med lægerne i kommunen
- At kommunernes adgang til regional specialistviden præciseres gennem udarbejdelse af en aftale, der fastlægger rammerne herfor

Opgaveoverdragelse

Sundhedslovens opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivninger og mere ambulante behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi. Sundhedsaftalen skal under hensynstagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling sikre, at overdragelse af opgaver fra hospitaler til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, aftalt og styret.

Mål:

- At der i aftaleperioden vil blive udarbejdet en ramme for opgaveoverdragelse. Rammen vil indeholde overvejelser om volumen og karakter af opgaven, organisering, kompetencer og økonomi
- At Sundhedskoordinationsudvalget, den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler og de enkelte samordningsudvalg mindst én gang årligt drøfter kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder på det ambulante om-

råde, samt udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver

- At anvendelsesområdet for samfinansiering mellem regionen og kommunerne, i henhold til Sundhedslovens § 239 om regional medfinansiering af opgaveløsning i primærsektoren, skal vurderes i aftaleperioden. Vurderingen vil ske på basis af fælles analyser af omkostninger og effekt af indsats for borgere med kronisk sygdom, samt indsats i relation til tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser af ældre medicinske patienter

2.2 Indsatsområder

Sundhedsaftalen retter sig mod alle borgere med behov for indsats fra hospitaler, almen praksis og kommuner. Det konkrete samarbejde i forhold til bestemte grupper af borgere / patienter er beskrevet under de enkelte indsatsområder.

Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et godt samarbejde om forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom. Der er etableret et samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse, som drøftes med henblik på videreudvikling i den kommende aftaleperiode.

Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor en specifik sygdom. Indsatsen skal bygge på evidens (den bedst tilgængelige viden). Regionen og kommunerne er enige om, at den konkrete udmøntning af forløbsprogrammernes arbejdsdeling skal bygge på en gradueret indsats mellem hospital, almen praksis og kommune, som beskrevet i forløbsprogrammernes minimumsmodel.

Det er parternes fælles forståelse, at størstedelen af indsatsen for kronisk syge i et fremtidigt sundhedsvæsen må forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne. Arbejdet med udarbejdelse af forløbsprogrammer har taget fat i de diagnosegrupper, hvor volumen og potentiale for samarbejdet vurderes størst. I sundhedsaftale 2011-2014 er det aftalt at fokusere på implementering og konsolidering af allerede udviklede forløbsprogrammer, færdiggørelse og aftale om implementering af yderligere programmer samt evaluering af programmerne.

Regionen og kommunerne er enige om, at de implementerede forløbsprogrammer for KOL og Type 2 diabetes evalueres i efteråret 2012 med fokus på omkostninger og effekt med henblik på aftaler om udvikling og implementering af yderligere forløbsprogrammer.

I tillægsaftalen mellem regionen og den enkelte kommune fastlægges hvordan og hvornår forløbsprogrammerne vedrørende KOL og type-2 diabetes implementeres.

Inden udgangen af 2012 justeres tillægsaftalen mellem region og den enkelte kommune med henblik på at aftale implementeringstakten for kommunens deltagelse i de øvrige forløbsprogrammer.

Mål:

- Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start
- Implementering af forløbsprogrammerne for hjertekarsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012
- Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænde/ryglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales
- Region og kommuner udvikler i fællesskab med almen praksis kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis

Styringsindikatorer:

- At aftaler om implementering af forløbsprogrammer indgås inden for de angivne tidsrammer
- At forløbsprogrammerne evalueres med fokus på omkostninger og effekten på adfærd, helbred og livskvalitet
- At der på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne monitoreres på antal borgere, der er inkluderet i forløbsprogrammerne, når der er udviklet de nødvendige redskaber til at opsamle data
- At der på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne monitoreres på anvendelsen af stratificering i forløbsprogrammerne, når der er udviklet de nødvendige redskaber til at opsamle data
- At der udvikles fælles indikatorer til at måle kvaliteten i forløbsprogrammer i alle tre sektorer

Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

En sammenhængende og effektiv indsats i forhold til ældre medicinske patienter forudsætter en yderligere intensivering og koordinering af det tværsektorielle samarbejde, idet de ofte har behov for sundhedsydelse i sundhedstrekanten af hospitaler, kommuner og almen praksis (herunder lægevagt).

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et konstruktivt samarbejde om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter. Herunder udvikling af samarbejdet om varsling af færdigbehandling og udvikling af følgeordninger. Udfordringen i sundhedsaftalen 2011-2014 består i videreudvikling af samarbejdet i sundhedstrekanten og i at sikre konsolidering og videreudvikling af hele området omkring den ældre medicinske patient.

Aftalerne gælder alle, men der er særligt fokus på ældre medicinske patienter og de særlige karakteristika for denne gruppe.

I tillægsaftalen mellem region og den enkelte kommune fastlægges rammerne for kommunens deltagelse i følge op - ordningen.

Mål:

- At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser og genindlæggelser forebygges ved tidlig opsporing
- At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskrivning
- At varslingsregler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere
- At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser
- At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til ældre medicinske patienter.
- At understøtte implementering af elektroniske kommunikationsstandarder på området

Styringsindikatorer:

- Andel af forløb hvor varslingsreglerne overholdes
- Udvikling i antal færdigbehandlede patienter
- Udvikling i antal og variation i indlæggelser og genindlæggelser, aktuelt monitoreret på 8 udvalgte diagnoser
- Udviklingen i anvendelsen af tidlig dialog mellem de udskrivningsansvarlige på hospitalet og kommunerne ved udskrivninger af patienter med væsentlige eller markant nedsat funktionsevne

Hjælpe midler

Fokus for indsatsområdet er på konsolidering og videreudvikling af det gode samarbejde, der er skabt i den første aftaleperiode.

Mål:

- At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor

Styringsindikatorer:

- Andelen af borgere som tilkendegiver at være tilfreds eller meget tilfreds med hjælpemiddelforsyningen i forbindelse med udskrivning

Genoptræningsområdet

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et tæt samarbejde om genoptræning for patienter, der efter udskrivning har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning.

I sundhedsaftalen for 2011 – 2014 rettes fokus på voksenområdet mod konsolidering og videreudvikling af sammenhængende genoptræningsforløbsbeskrivelser og etablering af en tværsektoriel ramme for rehabilitering.

Fokus på børneområdet vil fortsat være rettet mod implementering af snitfladekataloget, der foreskriver opgavefordelingen på området.

På hjerneskadeområdet vil fokus være på implementering af den aftalte arbejdsdeling mellem hospitaler og kommuner.

Endelig skal der være fokus på at privathospitalerne efterlever bestemmelserne om udarbejdelse af genoptræningsplaner.

Mål:

- At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle forløbsbeskrivelser
- At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012

- At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget
- At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter
- At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering

Styringsindikatorer:

- Fordelingen af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Variationen i omfanget af almen og specialiseret genoptræning mellem hospitalerne på udvalgte sammenlignelige diagnoser

Mennesker med sindslidelser

Sundhedsaftalen skal sikre, at mennesker med sindslidelser oplever sammenhæng og helhed i indsatsen. Fokus er på gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, der bygger på en velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center. Der skal arbejdes med videreudvikling og implementering af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område. Der sættes fokus på monitorering af samarbejdsaftalens indhold og udvikling af en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

Mål:

- At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis, således at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde
- At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med sindslidelser

Styringsindikatorer:

- Udvikling i antal færdigbehandlede patienter
- Udvikling i antal indlæggelser og genindlæggelser
- Udvikling i indlæggelsestiden
- Der udvikles en indikator, der kan belyse sammenhæng i indsatsen gennem anvendelse af samarbejdsaftalerne i det daglige arbejde

Svangreomsorg

I Region Hovedstaden har et tværsektorielt og tværfagligt fødeplanudvalg, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om svangreomsorg fra 2009, udarbejdet et forslag til en ny fødeplan. Med fødeplanen, som opfylder Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen, lægges der op til et intensiveret samarbejde mellem fødested, kommune og almen praksis.

Mål:

- At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler
- At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger.

Styringsindikatorer:

- Andelen af genindlæggelser i barnets første leveuge

Børn

Der er behov for en videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde i forhold til børns sundhedstilstand og trivsel, herunder især i relation til børn af misbrugere, psykisk syge og indlæggelser/udskrivninger af børn med særlige sundhedsmæssige problemer.

Mål:

- At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer

Styringsindikatorer:

Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i forbindelse med implementering af samarbejdsmodellen blive udarbejdet indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospital for livsstilsrelaterede sygdomme

Komplekse udredningsforløb

En række borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer gennemgår ofte en langvarig, kompliceret og ukoordineret udredningsproces, inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Sådant en proces øger bl.a. risikoen for forlængede sygedagpengeperioder og for udstødelse fra arbejdsmarkedet. Samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal styrkes.

Mål:

- I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling

Styringsindikatorer:

Komplekse udredningsforløb er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet indikatorer for området med særlig fokus på ventetider i komplekse udredningsforløb.

2.3 Forløbsunderstøttende indsatsområder

Planlægning, styring og opfølgning

Planlægning og styring af indsatsen mellem de 3 aktører i sundhedstrekanten skal sikre en sammenhængende, koordineret og hensigtsmæssig fordeling af opgaverne samt kvalitet i de enkelte patientforløb, der går på tværs af sektorgrænser. Planlægning og styring skal endvidere sikre samstemt kapacitetsudvikling og sikre, at de samlede ressourcer udnyttes optimalt. Der skal være en klar opgavefordeling, så overdragelse af opgaver, der medfører forandringer i sektorovergangene, sker planlagt.

Monitorering og opfølgning er centralt for at understøtte god dialog og samarbejde om fælles planlægning og styring. Det gælder både driftsopgaver og udviklingsprojekter.

Mål:

- At der udarbejdes relevant ledelsesinformation på det somatiske område, det psykiatriske område og vedrørende anvendelsen af elektronisk kommunikation
- At der sker systematisk opfølgning på monitoreringsresultater
- At der foregår en systematisk drøftelse i samordningsudvalgene af ændringer i kapacitet på områder af fælles betydning

Styringsindikatorer:

Under de enkelte indsatsområder er beskrevet en række konkrete styringsindikatorer af betydning for planlægning og styring. Der skal tidligt i aftaleperioden fastlægges indikatorer med henblik på løbende opfølgning af fordelingen mellem stationær og ambulans aktivitet samt for indlæggelsestid og udskrivning i de nye fælles akutte modtageafsnit.

IT, elektronisk kommunikation og teknologi

Et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen forudsætter hurtig præcis kommunikation mellem de forskellige aktører. Målsætningen i sundhedsaftalen for 2008-2010 om, at kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang skal være elektronisk og baseret på fælles standarder opretholdes i sundhedsaftalen for 2011-2014.

Mål:

- Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten
- Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
- At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT - understøttes
- At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi, og at der gennemføres tværsektorielle forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger
- At der sker indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse

Styringindikatorer:

- Udvikling i anvendelsen af MedCom - standarder i kommunikationen

Hygiejne

Der er i kommunernes egne organisationer et stigende behov for rådgivning om multiresistente mikroorganismer og infektionshygiejnisk rådgivning i relation hertil. Her-

under rådgivning om konkret håndtering af borgere/patienter, der skal isoleres på grund af smittefare.

Mål:

- Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne
- At der senest i 2012 indgås samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen

Styringsindikatorer:

Hygiejne er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet indikatorer for området.

Patientsikkerhed – opfølgning på utilsigtede hændelser

Med udvidelsen af Sundhedsloven forpligtes sundhedspersoner i kommuner, praksis-sektor, apoteker og det præ-hospitale område til at rapportere utilsigtede hændelser. Da bekendtgørelsen om kravene til kommunernes håndtering endnu ikke foreligger, vil den endelige fastlæggelse af samarbejdet om utilsigtede hændelser ved sektorover-gange senere skulle justeres.

Rapporteringerne skal danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist med henblik på at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb. Til anvendelse for kategorisering af hændelser efter alvorlighedsgrad og hyppighed anvendes Sundhedsstyrelsens vejledning.

Mål:

- Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange
- At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser

Styringsindikatorer:

Patientsikkerhed er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer med særlig fokus på antal rapporterede hændelser og antal dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser) om utilsigtede hændelser inden for fald, medicin og sektorovergang.

Medicinering

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om medicin håndtering i forbindelse med sektorovergange, så det sikres, at patienten får de korrekte lægemidler og at utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange forebygges. Målsætningen er, at medicininformation altid skal følge borgeren ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos almen praktiserende læge, speciallæge og lægevagten, samt ambulans behandling på ambulatorier og skadestuer. Det elektroniske fælles medicinkort implementeres i begrænset omfang fra 2011.

Mål:

- At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)
- At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)

Styringsindikatorer:

- Andel af patientforløb, hvor der er ajourførte medicinlister ved udskrivinger

Ulighed i sundhed

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen samt store forskelle mellem de enkelte kommuner. Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. En vigtig del i det at tænke forebyggelse af ulighed i sundhed er at sikre, at der skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune.

Mål:

- At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt
- At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud

- At der i aftaleperioden iværksættes yderligere tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed

Styringsindikatorer:

Ulighed i sundhed er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området med særlig fokus på inklusion af socialt sårbare borgere i forløbsprogrammerne.

Forskning

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer på sundhedsområdet bl.a. som følge af, at der overtages opgaver fra hospitalerne. Samtidig etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Disse initiativer skal evalueres og formidles således, at der skabes basis for videndeling, kompetenceudvikling og dermed for udvikling af ”best practice” (bedst tilgængelig viden).

Der er derfor behov for at styrke det regionale forskningssamarbejde mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for den fælles virksomhed på sundhedsområdet.

Mål:

- At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses-, behandlings- og genoptræningstilbud
- At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område

Styringsindikatorer:

Forskning er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i løbet af aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området

3. Beslutningsstruktur

Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalerne består både af en politisk og en administrativ struktur.

Bilag 0.1 "Samarbejdsstruktur"

Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget er et politisk udvalg, der har til hovedopgave at udarbejde det generelle udkast til de sundhedsaftaler, der indgås mellem regionen og de enkelte kommuner, at følge aftalernes implementering samt stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Den administrative styregruppe

Den administrative styregruppe er det overordnede administrative strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra kommunerne og regionen. Styregruppen holder jævnligt møder med repræsentanter fra praksissektoren.

Den administrative styregruppe nedsætter de nødvendige tværsektorielle udviklings- og arbejdsgrupper til udvikling af sundhedsaftalen. Grupperne arbejder efter et godkendt kommissorium og skal årligt have godkendt en arbejdsplan af den administrative styregruppe. Grupperne har delt kommunalt / regionalt formandskab, og den kommunale deltagelse bygger på en klyngerepræsentation.

Den administrative styregruppe følger op på den i sundhedsaftalen indeholdte monitoring. Styregruppen fastlægger det nærmere indhold i styringsindikatorer og aftaler ansvarsfordelingen vedrørende monitoreringen af indikatorerne.

Samordningsudvalg

For at sikre implementering af sundhedsaftalerne og gennemførelse af lokalt forankrede udviklingsprojekter er der etableret en samordningsstruktur mellem hospitalerne/de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis i hospitalernes optageområde.

Samordningsudvalget er et forpligtende samarbejde med ansvar for implementering af sundhedsaftalen og de strategiske indsatser, der beslutes. Deltagerne forpligter sig til i egen organisation at arbejde for realisering af de fælles beslutninger.

Det er aftalt, at der i 2011 skal gennemføres en evaluering af samordningsudvalgsstrukturen i lyset af hospitals- og psykiatriplanen, opgavefordelingen mellem hospitalerne og udviklingen i retning af øget ambulant aktivitet. Heri indgår også spørgsmålet om koordinering på tværs af psykiatri og somatik.

Bilag 0.4 "Standardkommissorium for samordningsudvalg"

Bilag 0.5 "Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – psykiatrien voksne"

Bilag 0.6 "Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – psykiatrien børn og unge"

4. Sundhedsaftalens opbygning.

Den fælles grundaftale indeholder en generel del og en operationel del.

I den generelle del af sundhedsaftalen er de politiske mål beskrevet samt de forpligtelser, parterne gensidigt har aftalt. I sundhedsaftalens operationelle del er målene konkretiseret gennem beskrivelse af driftssamarbejde og udviklingsopgaver. Endvidere er der redegjort for, hvordan parterne vil følge op på de forskellige dele af aftalen ved brug af målbare indikatorer.

Der er i tilknytning til den operationelle del af sundhedsaftalen udarbejdet en bilagsdel, som indeholder en række værktøjer og vejledninger, der skal anvendes i samarbejdet på de enkelte områder. Sundhedskoordinationsudvalget har besluttet, at bilagsdelen skal ses som en dynamisk konkretisering af aftalens operationelle del. Den administrative styregruppe er ansvarlig for, at bilagene holder sig inden for aftalens rammer. Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en årlig status over bilagsdelens aktuelle sammensætning.

Tillægsaftalen beskriver de særlige aftaler mellem kommune og region på områder, hvor der er individuelle rammer for samarbejdet i perioden 2011-2014. Det drejer sig om samarbejde vedrørende implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom, initiativer i relation til den ældre medicinske patient, udgående funktioner, hygiejne og patientsikkerhed. Herudover indeholder tillægsaftalen de individuelle aftaler om projekter, som er aftalt mellem parterne for perioden 2011-2014.

Den samlede sundhedsaftale er udformet, så den lever op til kravene i bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 og vejledning nr. 9698 af 21. august 2009 for udarbejdelse og indhold i sundhedsaftalen for perioden 2011-2014.

Såvel den generelle del som den operationelle del af aftalen kan læses som selvstændige dokumenter, idet de to dele har fokus rettet mod forskellige målgrupper.

Den primære målgruppe for den generelle del af sundhedsaftalen er politikere og direktioner. Målgrupperne for den operationelle del og bilagsdelen er sundhedsfagligt og administrativt personale i region, kommuner samt i almen praksis.

De politiske målsætninger fremgår derfor både af den generelle del og af den operationelle del. Målsætninger i den operationelle del er suppleret med konkrete beskrivelser af, hvordan målsætningerne vil blive implementeret gennem driftssamarbejde, monitorering og igangsættelse af udviklingsprojekter.

Termen "hospital" i denne sundhedsaftale benyttes som fælles betegnelse for både somatiske hospitaler i Region Hovedstaden og Regionens psykiatriske centre. Hvor aftaler alene omfatter enten de somatiske hospitaler eller de psykiatriske centre vil det fremgå af aftaleteksten.

Sundhedsaftale 2011-2014 - Operationel del

Forløbsorienterede indsatsområder.

De politiske mål er markeret med *kursiv*.

1. Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme

1.1 Mål

- *Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start*
- *Implementering af forløbsprogram for hjerte- karsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012*
- *Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænderyglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales*
- *Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis*
- *At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT - understøttes*
- *At der sker en indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse*
- *Der skal i aftaleperioden udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside*
- *Der skal i aftaleperioden igangsættes initiativer med henblik på udvikling af tiltag, som kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom*

Formål

Der blev med sundhedsaftalen 2008 - 2010 igangsat et stort udviklingsarbejde med at skabe bæredygtige forbedringer i indsatsen for kronisk syge.

Der er i samarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis udviklet forløbsprogrammer for:

- KOL og Type 2 diabetes, som er under implementering

- Hjerte-karsygdomme, som er klar til implementering
- Demens, som er klar til implementering
- Muskel-skelet lidelser (patienter med lænde/ryglidelser), som forventes færdig i løbet af 2011

Det er en grundlæggende forudsætning for en succesfuld indsats over for kronisk sygdom, at sundhedsvæsenet ser sig selv som en samarbejdende organisation. Den enkelte aktør skal se det som en del af løsningen af sin egen opgave, at der er sammenhæng til de øvrige aktørers indsats. Implementeringen af forløbsprogrammerne – forstået som drift og anvendelse af den aftalte stratificering og minimumstilbud - skaber netop det nødvendige fokus på den integrerede indsats på tværs af sektorerne. Størstedelen af indsatsen for kronisk syge forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne.

For at sikre en effektiv, velkoordineret og sammenhængende forebyggelsesindsats med høj faglig kvalitet skal der fortsat arbejdes med kompetenceudvikling, øget videndeling og videreudvikling af den tværsektorielle organisering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen.

Det er et overordnet princip, at indsatsen er evidensbaseret og bygger på viden om befolkningens sundhedsvaner, risikofaktorer og sygdomme. Den samlede sundhedsprofil for regionen og kommunerne, som forelå i 2008, og er gentaget i 2010 er det centrale værktøj til at målrette indsatsen og understøtte en populationsbaseret tilgang. Ud over indsatser over for hele gruppen af borgere/patienter, som region og kommuner har ansvar for, skal der udarbejdes særlige indsatser målrettet sårbare grupper.

1.2 Samarbejdsfora

For at sikre den overordnede sammenhæng mellem den regionale og kommunale forebyggelse samt en forankring af de nye udviklingsprojekter videreføres "Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse".

Udviklingsforum består af repræsentanter fra kommuner, hospitaler, almen praksis og regionsadministrationen. Udviklingsforum har til opgave:

- At forestå de udviklingsopgaver, der er beskrevet i den relevante del af sundhedsaftalen
- At følge den faglige udvikling på området
- At løse de opgaver, som fremgår af gruppens årlige arbejdsplan

Bilag 0.2 "Standardkommissorium for Udviklingsgrupper"

1.3 Driftssamarbejde

Forløbsprogrammer

Regionen og kommunerne har i sundhedsaftalen aftalt arbejdsdelingen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats. Regionen og kommunerne er enige om, at den konkrete udmøntning af Sundhedslovens arbejdsdeling skal bygge på en gradueret indsats, baseret på en stratificeringstankegang.

Arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne er konkretiseret i de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer. I forløbsprogrammerne er stratificeringen defineret samt hvilke indsatser, der som minimum skal ydes for, at regionen og kommunerne opfylder forløbsprogrammets beskrivelse af arbejdsdeling.

Forløbsprogrammerne skal sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer tilgodeser relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom gennem et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde og skaber dermed en effektiv og koordineret indsats over for den enkelte patient.

Bilag 1.1 "Forløbsprogram for KOL"

Bilag 1.2 "Forløbsprogram for Type 2 diabetes"

Bilag 1.4 "Forløbsprogram for demens"

De konkrete aftaler om den praktiske implementering indgås i samordningsudvalgene. Her aftales hvem, der har ansvar for at varetage de enkelte indsatser i det specifikke forløbsprogram.

Med regionale puljemidler til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bliver der i 2010 – 2012 udviklet en evaluering- og analysemodel til løbende kvalitetsvurdering og –udvikling af forløbsprogrammer og patientuddannelser. Målet er at udvikle en simpel, valid og forståelig model, der afspejler omkostningerne ved og effekten af kliniske indsatser og samtidig vurderer om disse indsatser tilbydes programmernes målgrupper.

Regionen og kommunerne er enige om, at forløbsprogrammerne for KOL og Type 2 diabetes evalueres med særlig fokus på arbejdsdeling, koordination, antallet af forløb samt omkostninger og effekten af forløbsprogrammerne inden der træffes beslutning om udvikling af flere forløbsprogrammer end de allerede igangsatte.

Patientuddannelse

Regionen og kommunerne er enige om, at begge parter har ansvar for at løfte opgaven med patientuddannelse. Forløbsprogrammerne danner grundlaget for arbejdsdelingen mellem region og kommuner, hvorfor implementering af patientuddannelse indgår i tidsplanen for implementering af de enkelte programmer.

Regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud

På baggrund af en national skabelon er der udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud på Sundhed.dk. Den skal give de praktiserende læger samt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i psykiatrien i kommunerne nem adgang til et overblik over eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og på hospitalerne og i psykiatrien.

Regionen og kommunerne er enige om, at kommunerne, hospitalerne og psykiatrien skal informere om deres aktuelle tilbud på sundheds- og forebyggelsesportalen.

MedCom-standarder

KL er i samarbejde med MedCom ved at udvikle en standard for elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Regionen, almen praksis og kommunerne er enige om, at parterne forpligter sig til at anvende MedCom-standarden, når den er færdigudviklet.

Regionens rådgivningsforpligtelse

Region Hovedstaden har en rådgivningsforpligtelse over for kommunerne vedrørende hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

Regionens rådgivning omfatter en række faglige områder:

Forebyggelse til borgere med kronisk sygdom

I forløbsprogrammerne beskrives den viden som regionens rådgivning bygger på. Der er fokus på at formidle den viden, der genereres i det regionale kronikerprogram, og på nationalt niveau via Sundhedsstyrelsen.

Rådgivning baseret på overvågning af sundhedstilstanden

Området er centralt for regionens rådgivende funktion og foretages med udgangspunkt i Sundhedsprofil 2010. I Sundhedsprofil 2010 gives en detaljeret beskrivelse af befolkningens sundhedsadfærd og helbred i de enkelte kommuner. Resultaterne præsenteres for kommunerne og sammenlignes på tværs af regionens kommuner samt med nationale tal. De enkelte kommuner rådgives om sundhedstilstanden i deres kommune, og om hvilke særlige forhold, der eventuelt findes. Målet med denne rådgivning er at kvalificere kommunernes valg af indsatsområder for deres forebyggende indsatser.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden har i samarbejde med kommunerne udarbejdet en model for en sundhedsprofil på børneområdet. Det videre arbejde med børnesundhedsprofiler afventer en afklaring af finansieringen. Der anvendes i kommunerne forskellige måder at registrere data på. 14 kommuner, hvoraf de 11 er beliggende i Region Hovedstaden, er tilsluttet den kliniske database 'Børns Sundhed'. Formålet med en database på børneområdet er, at det bliver muligt at tegne profiler på børnesundheden, monitorere og følge indsatsområder og foretage sammenligninger på tværs af kommuner. Det anbefales, at der arbejdes for en ensartet indsamling af data på børneområdet på regionalt plan og på sigt på nationalt plan.

Hygiejne

Regionens tilbud om rådgivning inden for hygiejneområdet (herunder MRSA) er beskrevet i kapitel 9.

Kvalitet og forskning

Det indgår som et separat indsatsområde at øge forskningssamarbejdet mellem region og kommuner. Sigtet hermed er at genere ny viden inden for de fælles regionale og kommunale sundhedsopgaver samt at udvikle forskningsindsatsen i kommunerne.

Regionen kan rådgive kommunerne med ønske om at indgå i forskningssamarbejder og bidrage til at kvalificere evalueringsarbejde i kommunerne af forebyggelsesindsatser. Det vil tage udgangspunkt i udviklingen af en evalueringsmodel i kronikerprogrammet.

Den regionale rådgivning af kommunerne vedrørende forebyggelse vil primært blive givet gennem kompetenceudvikling i relation til forløbsprogrammer og i et vist omfang gennem kurser, temamøder og eventuelt elektroniske nyhedsbreve. I løbet af aftaleperioden vil regionen undersøge mulighederne for at udvikle et tilbud til kommunerne om konsulentbistand i forbindelse med valg af metode til borgerrettede forebyggelsesindsatser.

Kompetenceudvikling

Målet med kompetenceudviklingen er, at personalet får de kliniske kompetencer, der skal sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og personalets forståelse for hinandens arbejdsområder. Region Hovedstaden udvikler i samarbejde med kommuner og almen praksis en model for tværsektoriel kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af forløbsprogrammer. Samordningsudvalgene på hospitaler igangsætter og gennemfører kompetenceudviklingstilbuddene. Tilbuddene finansieres af tilskud fra pulje i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012.

Aftale

- I forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne for KOL, type 2 diabetes og hjerte- karsygdomme udbyder regionen fælles, tværsektoriel kompetenceudvikling i perioden frem til udgangen af 2012
- Der skal aftales håndtering af behovet for fælles tværsektoriel kompetenceudvikling fra 2013

Monitering

- Løbende opfølgning på antal brugere af og indholdet af antal tilbud på Sundheds- og forebyggelsesportalen fordelt på kategorier fra henholdsvis kommuner, hospitaler og psykiatri
- Kvalitetsvurdering og -udvikling af forløbsprogrammerne for KOL, diabetes type 2 og hjerte- karsygdomme på baggrund af regionens analyse- og evalueringsmodel
- Når det nødvendige værktøj er udviklet, opsamles data i forhold til stratificering af patienterne med KOL, diabetes type 2 og hjerte- karsygdomme. Det skal monito-

res om patienterne bliver stratificeret, samt om de bliver ”fulgt” det rigtige sted i forhold til forløbsprogrammernes kriterier om arbejdsdeling

1.4 Udviklingssamarbejde

Parterne er enige om, at følgende udviklingsopgaver i relation til forløbsprogrammerne skal prioriteres i aftaleperioden:

Monitoreringsredskab til forløbsprogrammer

Der igangsættes et udviklingsprojekt med henblik på at udvikle et værktøj til dataopsamling af stratificeringsdata fra almen praksis og hospitalerne.

Patientportal

For puljemidler fra Ministeriet for sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med en kronisk sygdom i 2010 – 2012 udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside. Portalen skal give kronisk syge information om indhold og anvendelse af forløbsprogrammer og understøtte dem i at indgå som en aktiv medspillere i forhold til eget forløb sammen med egen læge, hospital og kommune.

Tidlig opsporing af risikofaktorer

Tidlig opsporing af risikofaktorer med henblik på at skabe mulighed for tidlig intervention, således at sygdomsudvikling kan undgås eller udskydes, indgår ikke i implementering af forløbsprogrammerne. Tidlig opsporing prioriteres som et udviklingsområde med fokus på en tværgående og systematisk indsats. Almen praksis er i samarbejde med kommunerne ansvarlig for tidlig opsporing, identifikation, registrering og opfølgning på patientens risikofaktorer. Almen praksis har en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med kommune og hospital.

Telemedicin

For puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med en kronisk sygdom i 2010 – 2012 iværksættes et analyse og demonstrationsprojekt med henblik på at identificere relevante og cost-effektive telemedicinske løsninger, der allerede er afprøvet i regionen og vurdere hvilke løsninger, der med fordel kan udbredes.

Aftaler:

- Regionen og kommunerne er enige om, at der på grundlag af erfaringerne med dette projekt skal aftales en plan for, hvordan den tværsektorielle anvendelsen af telemedicin til hjemmemonitorering og hjemmebehandling kan udvikles og udbredes.

2. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Borgerne skal tilbydes et effektivt og sammenhængende forløb i det samlede udrednings-, behandlings- og plejeforløb, hvor region, kommuner og praksissektor ser sig som sammenhængende samarbejdende organisationer.

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, som har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og praksissektor, med særligt fokus på den store gruppe af ældre, medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme. Der er særlige aftaler for mennesker med sindslidelser.

Aftalen omfatter både patienter, som modtager behandling på offentligt hospital, og patienter, der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus, som led i det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og almen praksis, eventuelt i samarbejde med ambulatorierne på hospitalerne.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at de involverede aktører i et behandlings- og plejeforløb har de informationer, der er relevante for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet. Dette gælder både ved indlæggelse og ved udskrivning. Tilsvarende skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante informationer formidles til borgeren og eventuelt til pårørende, og at borgeren ved hvem, der kan kontaktes ved spørgsmål.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre en rettidig afklaring af patientens behov efter udskrivelse samt koordination af udskrivningsforløbet mellem de involverede aktører, herunder varsling af udskrivningstidspunktet og ydelser, der er behov for efter udskrivning.

Afsnittet om sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb består af tre elementer:

- 1. Forebyggelse af indlæggelser**
- 2. Indlæggelser og udskrivninger**
- 3. Forebyggelse af genindlæggelser**

2.1 Forebyggelse af indlæggelser

2.1 Mål

- *At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing*
- *At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser*
- *At der udvikles de nødvendige redskaber og gennemføres en fælles kompetenceudvikling til brug for forebyggelse af indlæggelser*
- *At indlæggelse af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb, så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg*
- *At forskelle i indlæggeshyppighed for de forebyggelige diagnoser mellem kommuner analyseres med henblik på reduktion i aftaleperioden*

Formål

Målgruppen for indsatsområdet er primært ældre medicinske patienter, der allerede er i berøring med den kommunale hjemmepleje og/eller den praktiserende læge, samt kronisk syge med hyppige indlæggelser.

Hospitalsindlæggelser kan være en belastning for mange ældre patienter, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Det vil derfor gavne de pågældende, hvis indlæggelser kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Hvor indlæggelser kan forudses, bør de så vidt muligt gennemføres som planlagte indlæggelser.

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling. Håndteringen sker primært i kommunen med inddragelse af praktiserende læge og hospital. Praktiserende læger og hospitaler skal understøtte den kommunale indsats.

Realiseringen af målene kræver fælles kompetenceudvikling og redskaber til i tide at kunne identificere de relevante borgere med begyndende sygdomsudvikling. Derudover kræver realiseringen aktiv medvirken fra almen praksis og tilgængelighed af de nødvendige støttefunktioner på hospitalerne, i form af rådgivning og hurtigere tider til ambulant udredning.

2.1.2 Samarbejdsfora

Opgaverne på området henlægges til en arbejdsgruppe vedrørende indlæggelses- og udskrivningsforløb, som nedsættes med reference til den administrative styregruppe for sundhedsaftaler.

Bilag 0.3 "Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper"

2.1.3 Driftssamarbejde

Aftaler

Følgende aftaler indgås med sundhedsaftale 2011-2014:

- Der sættes fokus på registrering af begyndende sygdomsudvikling, herunder udvikling af modeller og redskaber til registreringen
- Der skal aftales model for fælles kompetenceudvikling ud fra erfaringerne på kroniker området og den ældre medicinske patient
- Der etableres lokalt samarbejde om tiltag, der kan tage reducere omfanget af indlæggelser. Tiltagene fastlægges i dialog mellem den enkelte kommune, hospitalet og almen praksis
- Regionsadministrationen monitorerer området og stiller resultaterne til rådighed for kommuner, hospitaler og samordningsudvalg, der følger op på resultaterne

Monitorering

Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler udvælger et antal diagnoser, hvor antal indlæggelser af borgere over 65 år følges. For 2011 er valgt 8 diagnoser: Dehydrering, lungebetændelse, blærebetændelse, forstoppelse, blodmangel, brud som følge af fald, mave-tarmproblemer og tryksår. Antal og type af diagnoser kan efter behov justeres i aftaleperioden. Monitoreringsresultaterne formidles og stilles til rådighed for kommuner, hospitaler og samordningsudvalg. I samordningsudvalgene drøftes niveauet for indlæggelser indenfor de pågældende diagnoser og initiativer, der kan håndtere afvigelse fra regionsgennemsnit og "best practice". Større og længerevarende afvigelser fra regionsgennemsnittet drøftes i den administrative styregruppe.

2.1.4 Udviklingsprojekter

Der foreslås gennemført følgende tværsektorielle udviklingsprojekter på området:

- Udvikling af fælles modeller og redskaber til ensartet observation og registrering af begyndende sygdomsudvikling til brug ved dialogen mellem kommunens hjemmepleje, almen praksis og hospital om relevant indsats
- Fastlæggelse af ramme for fælles kompetenceudvikling vedrørende forebyggelse af indlæggelser
- Udvikling af fælles retningslinjer for håndtering af afvigelser fra gennemsnittet af antal indlæggelser (jf. monitorering)
- Udvikling af modeller for udgående funktioner, herunder palliative teams, der kan medvirke til at forebygge indlæggelser

2.2 Indlæggelser og udskrivinger

2.2.1 Mål

- *At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskriving*
- *At varslingsaftaler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere*
- *At sikre rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskriving fra hospital, herunder koordinering af færdigbehandlingstidspunkt og behov for ydelser efter udskriving*
- *At sikre formidling af relevante informationer til patienten og eventuelt pårørende, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten*
- *At der udarbejdes aftaler for støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital*
- *Udvikling af ind- og udskrivningsforløb med de akutte modtageafdelinger.*

Der er en række forudsætninger for opnåelse af sammenhængende patientforløb ved sektorovergange. De væsentligste er:

- *At kommune, almen praksis og hospital i forbindelse med indlæggelse og udskriving udveksler aktuelle oplysninger vedrørende patienten, herunder om medicinering og funktionsniveau*
- *At hospitalet tidligt ved hospitalsindlæggelse orienterer kommunen om, at de har modtaget en borger tilknyttet kommunal hjemmepleje*
- *At hospitalet tidligt i indlæggelsesforløbet vurderer og varsler relevante parter om patientens forventede funktionsniveau og behov efter udskrivelse, samt forventet tidspunkt for færdigbehandling*
- *At der ved behov afholdes tværsektoriel udskrivningskonference*
- *At hospitalet informerer kommunen, når patienten er færdigbehandlet*

2.2.2 Samarbejdsfora

Opgaverne på området, der konkretiseres af den administrative styregruppe for sundhedsaftaler, henlægges til arbejdsgruppen vedrørende indlæggelses- og udskrivningsforløb.

2.2.3 Driftssamarbejde

Aftalerne indgået i sundhedsaftale 2008 - 2010 under indsatsområderne indlæggelsesforløb og udskrivningsforløb for svage, ældre patienter danner udgangspunkt for aftalerne under indsatsområdet indlæggelser og udskrivninger i Sundhedsaftale 2011 - 2014.

I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreført, udviklet og monitoreringen styrket. De videreførte aftaler gælder alle patienter/borgere med behov for ydelser fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Aftalerne videreudvikles for så vidt angår indlæggelser under 24 timer og komplekse forløb.

For indlæggelser og udskrivninger er der fokus på det sammenhængende patientforløb og særlige varslingsforløb.

Der er på hospitalerne aftalt retningslinjer for indsatsen i forhold til terminale patienter. Retningslinjerne lægger vægt på inddragelse af patienten og de pårørende i planlægning af den individuelle indsats samt en fleksibel og respektfuld opfyldelse af patientens og pårørendes ønsker. Retningslinjerne drøftes i samordningsudvalgene som grundlag for udvikling af en fælles praksis.

Kommunikation og koordination mellem hospital, kommune, praktiserende læger, herunder vagtlæger.

Det er afgørende for at sikre det sammenhængende patientforløb, at der ikke på noget tidspunkt i patientforløbet er tvivl om:

- Hvilken instans, der har ansvar for ydelserne
- På hvilket tidspunkt, ydelserne skal leveres

For at sikre dette, er en enkel og entydig adgang til kommunikation mellem hospitalet, kommunen og den praktiserende læge af stor betydning, således at:

- Der er en entydig kontaktadgang til såvel hospitalet som kommunen
- Der er enkel adgang til ajourførte kontaktoplysninger for hospitalet og kommunen, fx telefonnumre
- Kommunen er tilgængelig for dialog døgnet rundt:
 - På hverdage i dagarbejdstiden (kl. 8-15) for henvendelser vedrørende indlæggelser og udskrivelser
 - aften, nat og weekend for akutte henvendelser vedrørende indlæggelser og udskrivninger fra akutmodtagelserne
- Den praktiserende læge/dennes stedfortræder er tilgængelig i dagtimerne/åbningstiderne.

Formidling af relevante oplysninger om patientens indlæggelsesforløb sker elektronisk gennem MedCom standarder. Nødvendig dialog om udskrivning sker telefonisk.

Koordinerende funktioner på hospitalet og i kommunen

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

Koordinatorfunktionen sikrer formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune i forbindelse med udskrivningsforløb. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger.

Patientens mulighed for dialog med hospitalet, kommunen og andre relevante parter efter udskrivelse fra hospital

I forbindelse med udskrivelsen skal patienten have udleveret skriftlig information med navn, telefonnumre og træffetider til en eller flere kontaktpersoner på hospitalet og i kommunen. Dermed sikres det, at patienten og eventuelt pårørende har mulighed for videre dialog med relevante parter om konkrete problemstillinger efter udskrivelsen.

Varsling af forventet færdigbehandlingstidspunkt

Alle forløb, hvor der er brug for kommunal indsat efter udskrivning, varsles efter de aftalte regler.

Sundhedsstyrelsens definition af en færdigbehandlet patient og regler for registrering af en patient som færdigbehandlet ligger til grund for samarbejdet om varsling og udskrivning.

Patienter, der i indlæggelsesforløbet flyttes mellem hospitalsafdelinger må således ikke registreres som færdigbehandlede, hvis de skal under videre behandling på anden afdeling eller andet hospital.

Varslingsreglerne gælder ikke terminale patienter, da de ikke skal meldes færdigbehandlede. Deres forløb tilrettelægges individuelt og på baggrund af en tæt dialog mellem parterne og patienten og dennes pårørende.

Særlige varslingsforløb

Håndtering af indlæggelser under 24 timer

Med etablering af regionens nye akutmodtagelser vil mange patienter blive udredt og udskrevet indenfor 24 timer. Disse patienters funktionsniveau forudsættes som udgangspunkt uændret. Varsling foretages på baggrund af de generelle regler, men følges med en målrettet dialog med kommunen, når der er klarhed over det forventede færdigbehandlingstidspunkt. Kommunen orienteres elektronisk om indlæggelsen via indlæggelses-advis. Hospitalet meddeler kommunen elektronisk om udskrivelse samtidig med melding om færdigbehandling. For patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje er direkte dialog mellem hospital og kommune fortsat nødvendig.

Håndtering af vanskelige varslingsforløb

Hospitalet skal tidligt i indlæggelsesforløbet vurdere patientens plejebehov efter udskrivelsen og varsle kommunen om det forventede funktionsniveau og plejebehov. Herudover oplyser hospitalet kommunen om forventet færdigbehandlingstidspunkt. For visse patienter er korrekt varslingsforløb vanskeligt. Det drejer sig om:

- a) Patienter, der responderer på behandlingen hurtigere end forventet
- b) Patienter, der afventer afklaring af diagnose og dermed beslutning om eventuel behandling.
- c) Patienter, der får uforudsete tilbagefald eller rammes af nye sygdomme.

I sådanne forløb er det nødvendigt med et intensiveret samarbejde mellem hospitalet og kommunen.

Aftaler

- De aftalte varslingsregler anvendes ved alle udskrivningsforløb, hvor der er brug for kommunal indsats.
- Ved indlæggelser under 24 timer gives kommunen meddelelse om udskrivelse samtidig med melding om færdigbehandling.
- Der gennemføres udskrivningsdialog i forhold til borgere med behov for særlig indsats i forbindelse med udskrivning
- Varlingen i vanskelige udskrivningsforløb monitoreres og gøres til et udviklingsområde

Aftalerne er udmøntet i bilagene.

Bilag 2.1 "Ansvarsfordeling vedrørende udveksling af oplysninger mellem kommuner, almen praksis og hospital i forbindelse med indlæggelser, udskrivninger og ambulant konsultation"

Bilag 2.2 "Varslingsregler"

Bilag 2.3 "Færdigmeldingsregler"

Bilag 2.6 "Særlige tiltag ved udskrivning"

Monitorering

- Indlæggelser under 1 døgn følges via registreringerne i de eksisterende patientadministrative systemer
- Andel af forløb hvor varslingsreglerne overholdes
- Tidstro registrering af udskrivninger
- De forløb, hvor korrekt varslingsforløb er vanskeligt, identificeres og følges med henblik på undersøgelse af karakter og volumen
- Udvikling i anvendelse af tidlig dialog mellem de udskrivningsansvarlige på hospitalet og i kommunerne ved udskrivning af patienter med væsentlig eller markant nedsat funktionsevne (kategori C og D)
- Andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalet

Lokale aftaler om monitorering kan aftales i samordningsudvalgene.

2.2.4 Udviklingsprojekter

Der gennemføres følgende udviklingsprojekter:

- Der udarbejdes en fælles varslingsvejledning for at harmonisere udøvelsen af varslingen på regionens hospitaler.
- Der udarbejdes modeller for samspillet mellem hospitalernes akutte modtagelser og den kommunale indsats for indlæggelser under 24 timer
- Samordning og ensretning af hospitalernes tilbagemeldinger til kommunerne om færdigbehandlede patienter
- Fælles tværsektorielle retningslinjer for den terminale og palliative indsats
- Forbedring af dialogen om de vanskelige varslingsforløb mellem hospital og kommuner om disse forløb
- På baggrund af en analyse af de identificerede komplekse varslingsforløb videreudvikles varslingsregler for disse forløb

2.3 Forebyggelse af genindlæggelser

2.3.1 Mål

- *At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient*
- *At reducere omfanget af genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidligere indsats fra hospital, kommune eller praktiserende læge, hver især eller i fællesskab*

2.3.2 Driftssamarbejde

Forebyggelse af genindlæggelser indgår i regionens plan om den ældre medicinske patient. Der iværksættes 3 ordninger:

- *Følge hjem*, hvor patienten følges hjem af hospitalspersonalet med eventuel deltagelse af kommunalt personale
- *Følge op*, hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet. Implementering af denne ordning aftales med den enkelte kommune
- *Ring hjem*, hvor hospitalspersonalet ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen

Fælles for ordningerne er, at de er med til at skabe sammenhængende forløb og tryk-
hed for patienten i forbindelse med udskrivelse efter et hospitalsophold samt at fore-
bygge genindlæggelser.

Følge hjem ordningen finansieres af regionen og er under implementering på hospita-
lerne. *Ring hjem* ordningen er under udvikling gennem forsøgsordninger.

Tilslutning til implementering af *følge op* ordningen er frivillig for den enkelte kom-
mune og aftales i tillægsaftalen.

Internt på hospitalerne skal der være styrket fokus på tiltag, der forebygger genind-
læggelse.

Aftaler

- *Følge hjem* ordning: Med udgangspunkt i udskrivningsdialogen aftaler hospital og kommune/hjemmesygeplejen iværksættelse af følge hjem-ordning ud fra en hel-
hedsvurdering af patientens behov. For følge hjem ordningen aftales om og i givet
fald hvem fra kommunen, der deltager i hjemmet under "hjemfølgningen", der fo-
retages af hospitalspersonalet. Nærmere aftaler om arbejdsgange mellem parterne
aftales i det enkelte samordningsudvalg.
- *Følge op* ordning: Med udgangspunkt i udskrivningsdialogen aftaler hospital,
kommune/hjemmesygeplejen og borgerens praktiserende læge hos hvilke patien-

ter, der aflægges et opfølgende hjemmebesøg. Det aftales således under udskrivningsdialogen, hvilke patienter, der er relevante at tilbyde et opfølgende besøg. Hjemmesygeplejen/visitationen er herefter ansvarlig for kontakt til den praktiserende læge og herefter til patienten for at tilbyde det opfølgende besøg. Nærmere aftaler om arbejdsgange mellem parterne aftales i det lokale samordningsudvalg.

Deltagelsen i følge op ordningen fra almen praksis vil blive reguleret i en særlig § 2 aftale.

Monitorering

- Der foretages registrering af omfanget af genindlæggelser indenfor 30 dage for personer omfattet af ordningerne via de eksisterende patientadministrative systemer.

2.3.3 Udviklingsprojekter

Ringe hjem ordning: Ordningen iværksættes som projekter, der udvælges ved en ansøgningsrunde, hvor hospitalsafdelingerne kan søge om finansiering. Projektbeskrivelserne skal inkludere en evaluering, der kan danne grundlag for beslutninger om eventuel videreførelse af en ordning på regionalt niveau.

3. Hjælpemidler

3.1 Mål

- *At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor*
- *At udvikle og vedligeholde en klar arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug*
- *At sikre, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra hospital samt sikre den nødvendige instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber*

Formål

Det overordnede formål med indsatsområdet hjælpemidler er at sikre at alle borgere, der har behov for et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel, får tilbudt dette uden unødigt ventetid og med fornøden, kvalificeret instruktion og tilpasning.

Aftalen skal medvirke til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler til den enkelte borger. Aftalen skal sikre klarhed over arbejdsdelingen vedrørende afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet. Aftalen skal endvidere sikre, at borgeren efterfølgende har let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende anvendelse, reparation og udskiftning af det konkrete behandlingsredskab og/eller hjælpemiddel.

Aftalen skal ligeledes medvirke til, at der sker en afklaring af borgerens behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber, således at disse er til rådighed ved udskrivelsen.

Indsatsområdets fokus er på konsolidering og videreudvikling af den sikre drift, der med casekatalog og samarbejdsorganisation er skabt i den første aftaleperiode.

3.2 Samarbejdsfora

Udviklingsgruppe vedrørende hjælpemidler

Under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler er nedsat en permanent tværsektoriel udviklingsgruppe vedrørende hjælpemidler. Gruppens opgaver er:

- følge udviklingen på hjælpemiddelområdet
- at fortolke problemstillinger fra praksis og herudfra udarbejde cases til afklaring af ansvarsfordelingen mellem region og kommuner
- at revidere casekataloget en gang årligt

Bilag 0.2 ” Standardkommissorium for Udviklingsgrupper”

Fagligt hjælpemiddelforum

Der er nedsat faglige hjælpemiddelfora med deltagelse af repræsentanter fra hjælpemiddelområderne på det enkelte hospital og kommunerne i hospitalets optageområde. De faglige hjælpemiddelfora refererer til de lokale samordningsudvalg, og der følges op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler minimum en gang årligt. Endvidere skal fælles kompetenceudvikling fremmes.

3.3 Driftssamarbejde

Afgrænsningen mellem hjælpemidler og hjælperedskaber er reguleret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber (2006), jf. Sundhedsloven. Indsatsområdet vedrører desuden hjælpemidler, som ydes af kommunerne efter Indenrigs- og Socialministeriets bekendtgørelse om ydelser af hjælpemidler og forbrugsgoder, jf. Serviceloven.

Aftaler indgået i Sundhedsaftale 2008 - 2010 vedrørende hjælpemiddelområdet videreføres i Sundhedsaftale 2011 - 2014. I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreudviklet, så gråzoneproblematikker i afgrænsningscirkulæret minimeres og monitoreringen styrkes.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Konsolidering og videreudvikling af arbejdsdeling beskrevet i case-kataloget
- Kommunikation og samarbejde over sektorgrænserne
- Høreapparatområdet
- Velfærdsteknologi

Arbejdsdeling

Aftalegrundlaget for arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne er beskrevet i et casekatalog med eksempler på og beskrivelser af ansvarsfordelingen i forhold til hjælpemidler, behandlingsredskaber og arbejdsredskaber, således at snitfladen fremstår tydelig og anvendelig.

Med bevilling/forsyning af hjælpemidlet følger også ansvaret for instruktion i brugen og ansvaret for at afklare spørgsmål i forbindelse med brugen af hjælpemidlet. Indstilling og individuel tilpasning til behandlingsredskabet eller hjælpemidlet påhviler den bevilligende myndighed. Instruktionen i korrekt anvendelse af hjælpemidlet samt vedligeholdelse og reparation hører ligeledes med i forsyningsansvaret.

Ansvaret for at følge og leve op til casekataloget ligger i samordningsudvalgene. Hospital og kommune har hver især ansvar for implementeringen i egen organisation.

Implementeringen af casekataloget har indtil nu fulgt afgrænsningscirkulæret. Aftales der lokalt eller regionsdækkende ændrede snitflader i forhold til afgrænsningscirkulæ-

re og regler på området, skal de omkostningsmæssige konsekvenser mellem hospital/region og kommuner afklares mellem parterne.

Casekataloget er et dynamisk redskab, som udbygges i takt med udviklingen på området. Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler reviderer og udarbejder nye cases til casekataloget en gang årligt. Det er den administrative styregruppe, der godkender casekataloget efter høring i de faglige baglande.

Kommunikation og samarbejde over sektorgrænserne

Ved indlæggelse på hospitalet sker en sundhedsfaglig vurdering af behovet for hjælpemidler og behandlingsredskaber som led i undersøgelses- og behandlingsforløbet.

Udskrivning til eget hjem planlægges med en rettidig dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler, behandlingsredskaber og/eller boligændringer, således at patienten har sikkerhed for, at de hjælpemidler/behandlingsredskaber, der er nødvendige for udskrivelsen, er til stede i hjemmet, når patienten udskrives. Hvis det vurderes, at patienten ved udskrivelsen har behov for hjælpemidler og / eller boligændringer, beskrives den forventede funktionsevne ved udskrivelsen i ”varsling om udskrivelse”, som sendes til kommunen.

I udskrivningsrapporten indgår en vurdering af patientens funktionsevne ved udskrivelsen. Det skal beskrives hvilke udskrivningsbetingede hjælpemidler, hospitalet medgiver, og om der er søgt hjælpemidler i kommunen.

Aftaler, der videreføres fra sundhedsaftale 2008 – 2010:

Aftalerne er beskrevet i bilagene.

Bilag 3.1 ”Arbejdsdeling i forhold til behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber og boligændringer”

Bilag 3.2 ”Casekatalog - Ansvarsfordeling mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler”

Bilag 3.3 ”Samarbejdsaftale vedrørende kropsbårne hjælpemidler til varigt brug efter §112 i lov om social service”

Bilag 3.4 ”Pjece - ”Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler”

Bilag 3.5 ”Retningslinjer for aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivning fra hospital”

Høreapparatområdet

Kommunerne har ansvaret for bevilling og finansieringen af høreapparater. Udredning af høretab foretages af en privatpraktiserende speciallæge i øre- næse- hals sygdomme eller på hospitalernes audiologiske afdelinger. Udlevering af høreapparater foregår enten fra hospitalernes audiologiske afdelinger eller fra en godkendt privat høreklinik.

Den administrative styregruppe nedsatte i efteråret 2009 en arbejdsgruppe under arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler. Arbejdsgruppen har i sommeren 2010 færdig-

gjort en rapport med en udredning af sagsgange og samarbejde på høreapparatområdet. Aftaler om tiltag på området afventer færdiggørelse af rapporten.

Velfærdsteknologi

Der vil i aftaleperioden blive et voksende behov for nye velfærdsteknologiske løsninger også på hjælpemiddelområdet. Opgaven er nærmere beskrevet under kapitel 8 om IT, kommunikation og velfærdsteknologi.

Twister vedrørende hjælpemidler

Tvivelsspørgsmål og tvister om betalingsspørgsmålet parterne imellem må ikke medføre forsinkelse i udlevering af hjælpemidler til borgeren. Opstår der tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab eller hjælpemiddel, skal den myndighed, der har tættest kontakt med borgeren, umiddelbart levere det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel til borgeren. Betalingsspørgsmålet må afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Tvister mellem region og kommune om håndtering af sager på hjælpemiddelområdet søges først løst via dialog mellem det faglige personale på hospitalet og relevante samarbejdspartnere i kommunen eller i Fagligt Hjælpemiddelforum nedsat under samordningsudvalgene. Hvis dette ikke er muligt, behandles sagen i det lokale samordningsudvalg.

Tvister af mere principiel karakter drøftes i samordningsudvalgene og videreformidles i fornødent omfang til den administrative styregruppe.

Monitorering

Der monitoreres på;

- At borgerne i tilfredshedsundersøgelser tilkendegiver tilfredshed med hjælpemiddelforsyningen i forbindelse med udskrivning

Fagligt Hjælpemiddelforum følger op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler i forhold til:

- Hjælpemidler/behandlingsredskaber/boligændringer er til rådighed for borgeren, når behovet er aktuelt og er tilpasset borgerens behov
- Sagsbehandlings- og leveringstider

Opfølgningen skal i størst muligt omfang bygge på eksisterende og allerede registrerede data. Opfølgningen forelægges samordningsudvalget.

3.4 Udviklingstiltag

På hjælpemiddelområdet vil der blive arbejdet med følgende udviklingsområder:

- Samarbejde om hjælpemidler til barriatriske (meget store) patienter
- Samordning af casekatalog på landsplan

- Indgåelse, implementering og opfølgning af aftaler vedrørende høreapparat-området

Sikring af en tæt forbindelse mellem udviklingen på hjælpemiddelområdet og området vedrørende telemedicin og velfærdsteknologi.

4. Genoptræningsområdet

4.1 Mål

- *At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle forløbsbeskrivelser*
- *At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012*
- *At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget*
- *At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter*
- *At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering*
- *At de tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser vedrørende skulderopererede og apopleksi vil være færdigudviklet ved aftaleperiodens start og kan implementeres umiddelbart herefter. Efterfølgende udarbejdes der i aftaleperioden to tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser om året*
- *Fortsat at sikre korrekt og rettidig kommunikation mellem kommunen, almen praksis og hospitalet i forbindelse med udskrivning fra hospital for patienter med et genoptræningsbehov, herunder at følge udviklingen af kontaktpersonordningen*
- *Fortsat at sikre tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted*

Formål

Det overordnede formål er at sikre effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet og koordination af kapaciteten, så genoptræning kan ske uden unødigt ventetid. Aftalen medvirker desuden til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for at levere genoptræningen. Samtidig skal aftalen medvirke til, at der skabes ensartet praksis inden for området på tværs af regionen.

Sammenhængende genoptræningsforløb kræver en effektiv elektronisk understøttet kommunikation mellem hospital, kommune og praksis, på tværs af sektorgrænser. Ligeledes skal patientens mulighed for dialog med de forskellige aktører sikres.

Der er behov for at udvikle en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række områder. Rammen er primært målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Udviklingen af rammen skal ske inden for Sundhedslovens bestemmelser på genoptræningsområdet (jf. § 84, 140

og 251). Rammen skal ud over sundhedsindsatser omfatte indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning.

Aftalen om genoptræning omfatter *alle patienter* (både børn og voksne), der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning. Aftalen omfatter patienter, som har modtaget behandling på et offentligt hospital, og patienter, som har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/privathospital, f.eks. som led i det udvidede frie sygehusvalg, samt patienter, der har modtaget behandling for egen regning og derefter er henvist til et offentligt hospital til vurdering af genoptræningsbehov.

4.2 Samarbejdsfora

Den tværsektorielle udviklingsgruppe vedrørende genoptræning

Under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler er der nedsat en permanent tværfaglig og tværsektoriel udviklingsgruppe vedrørende genoptræning. Udviklingsgruppen skal medvirke til at sikre sammenhængende genoptræningsforløb for borgere, der har behov for genoptræning efter udskrivelse fra hospital. Udviklingsgruppen vedrørende genoptræning skal:

- Udarbejde og udvikle tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Revidere snitfladekataloget ud fra de gældende retningslinjer
- Følge udviklingen på genoptræningsområdet, herunder genoptræning af børn

Udviklingsgruppens opgaver fastlægges i en årlig arbejdsplan.

Bilag 0.2 "Standardkommissorium for udviklingsgrupper"

4.3 Driftssamarbejde

Aftalerne indgået i sundhedsaftale 2008-2010 under indsatsområdet træning videreføres i Sundhedsaftalen 2011-2014. Aftalerne videreudvikles og monitoreringen styrkes. Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Fordelingen mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Snitfladekatalog på voksenområdet og tilhørende værktøjer
- Snitfladekatalog på børneområdet og Samarbejdsmodel på børneområdet
- Erhvervet hjerneskade
- Elektronisk kommunikation
- Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination mellem hospitaler og i kommuner
- Ventetidsoplysninger
- Tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Privathospitaler og sammenhængende genoptræningsforløb

Fordelingen mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner

Variationen i omfanget af almen og specialiseret genoptræning / antal genoptræningsplaner skal på sammenlignelige områder være mindst mulig ved udgangen af 2012.

Monitoreringsindikatorer

- Udviklingen i antal almene og specialiserede genoptræningsplaner for voksne og for børn, samt fordelingen heraf
- Variationen i omfanget af almene og specialiserede genoptræningsplaner inden for de 3 -5 hyppigste diagnoser

Rettidighed og kvalitet / korrekt udfyldelse af genoptræningsplaner monitoreres gennem audits.

Snitfladekataloget, voksenområdet

Snitfladekataloget og tilhørende værktøjer på voksenområdet er implementeret.

I takt med, at der opstår ny viden og nye behandlingsformer inden for området, vil der løbende være behov for opfølgning af snitfladekataloget. Den administrative styregruppe fastlægger retningslinjer for opfølgningen. Arbejdet hermed er forankret i udviklingsgruppen vedrørende genoptræning. Revideret snitfladekatalog og implementering heraf godkendes af den administrative styregruppe.

Bilag 4.1 "Snitfladekataloget – genoptræning - voksne".

Bilag 4.3 "LæsevejledningSnitfladekatalogVoksne"

Snitfladekataloget og samarbejdsmodel, børneområdet

Snitfladekataloget og tilhørende samarbejdsmodel på børneområdet implementeres.

I takt med at der opstår ny viden og nye behandlingsformer inden for området, vil der løbende være behov for opfølgning af snitfladekataloget. Den administrative styregruppe fastlægger retningslinjer for opfølgning af snitfladekataloget og af tilhørende værktøjer. Arbejdet hermed er forankret i udviklingsgruppen vedrørende genoptræning. Revideret snitfladekatalog og implementering heraf godkendes i den administrative styregruppe.

Bilag 4.2 "Snitfladekataloget – genoptræning - børn"

Bilag 4.4 "LæsevejledningSnitfladekatalogBørn"

Bilag 4.5 "Samarbejdsmodel for genoptræningsmodel på børneområdet"

Erhvervet hjerneskade

Personer med erhvervet hjerneskade er et særligt fokusområde, på grund af områdets mange samtidigt gældende lovgivninger. For at sikre sammenhæng i indsatsen og dialogen mellem hospitaler og kommuner over for voksne personer med erhvervet hjerneskade og apopleksi, er der fastlagt kriterier for færdigbehandling i hospitalsregi og udskrivning til videre genoptræning/rehabilitering. Kriterierne skal også implementeres i forhold til private aktører.

Bilag 4.12 "Kriterier for færdigbehandling af personer med erhvervet hjerneskade"

Det er aftalt, at udskrivningsansvarlige og genoptræningsansvarlige på hospitalet og i kommunen skal samarbejde tæt om at sikre sammenhæng mellem udskrivning og videre genoptræning / rehabilitering. Genoptræningsplanen med tilhørende supplerende oplysninger bruges som kommunikationsredskab. Den skal indeholde alle nødvendige oplysninger for at sikre en dækkende genoptræning/rehabilitering, herunder oplysninger om behov for kognitiv og kommunikationsmæssig genoptræning.

Bilag 4.12 "Rapport fra arbejdsgruppen for erhvervet hjerneskade".

Elektronisk kommunikation

Den elektroniske genoptræningsplan, udviklet på nationalt plan, er implementeret på hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden. Der er fokus på konsolidering, opfølgning samt monitorering af anvendelsen. Der henvises til kapitel 8 om elektronisk kommunikation.

Bilag 4.8 "Genoptræningsplaner".

Inden udgangen af 2010 er der implementeret kommunikationsstandarder for kommunikation mellem hospital, kommuner og almen praksis i forbindelse med afslutning af et genoptræningsforløb. Kommunikationsstandarderne følger retningslinjerne i Med-Com standarderne for den elektroniske genoptræningsplan.

Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination mellem hospitaler og i kommuner

Der er etableret en kontaktpersonordning for hver kommune og for hvert hospital. På genoptræningsplanen er anført den kommunale og regionale kontaktperson for den enkelte borgers genoptræningsforløb.

Kommunerne og hospitalerne i regionen har en gensidig forpligtelse til at sikre let tilgængelig adgang til oplysninger om kontaktpersoner.

Overgangen i et træningsforløb fra hospital til kommune skal være sammenhængende, og let forståeligt for patienten/borgeren. Derfor er der etableret én entydig kommunikationsindgang til den enkelte kommune og til det enkelte hospital for at sikre samarbejde og formidling af information mellem hospital og kommune, bl.a. så genoptræningsplaner kun sendes til ét sted (én myndighedsfunktion).

Ventetidsoplysninger

Regionen og kommunerne opdaterer løbende oplysninger om faktiske ventetider til egne ambulante tilbud. Ved udgangen af 2013 skal faktiske ventetider til genoptræningstilbud (dvs. tid fra udskrivning til faktisk tilbudt træning) opgøres ens hos alle leverandører og være tilgængelige på internettet, når IT-understøttelse er etableret.

Monitoreringsindikator

- Faktiske ventetidsoplysninger fra 2014

Tværsætorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser

Ved starten af 2011 er der implementeret tværfaglige og tværsætorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser på diagnosegrupperne apopleksi og skulderlidelser. Der udarbejdes og implementeres to genoptræningsforløbsbeskrivelser om året i perioden 2011- 2014.

Genoptræningsforløbsbeskrivelserne udarbejdes ud fra evidens og fælles kvalitetskrav.
Bilag 4.9 "Tværsætorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser".

Privathospitaler og sammenhængende genoptræningsforløb.

Hvor en patient bliver udskrevet fra et privat hospital efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vurderer det private hospital behovet for en genoptræning og udarbejder på det grundlag eventuelt en sådan plan.

Patienter, der udskrives fra et privat hospital efter egenfinansieret behandling, kan af det private hospital henvises til et hospital i bopælsregionen med henblik på vurdering af behov for en genoptræningsplan og efterfølgende vederlagsfri genoptræning.

Tilsvarende gælder hvor en patient bliver udskrevet fra et af de i Sundhedslovens § 79 omtalte private specialsygehuse. Såfremt genoptræningsbehovet er omfattet af kriterierne for almen genoptræning, sendes genoptræningsplanen direkte til kommunen.

Der følges op på, at privathospitalerne efterlever bestemmelserne om udarbejdelse af genoptræningsplaner ud fra gældende snitfladekatalog.

4.4 Udviklingssamarbejde

- Der skal fastlægges vejledende differentierede måltal på diagnosegrupper for fordelingen mellem andelen af almen og specialiseret genoptræning samt andelen af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- For at sikre ensartet kvalitet af genoptræningsplaner ønskes der i tillæg til den elektroniske genoptræningsplan, udvikling af standardiserede genoptræningsnotater fælles for alle hospitaler. Notaterne skal indeholde en uddybende, kvalitativ vejledning til udfyldelse af den elektroniske genoptræningsplan
- Den elektroniske genoptræningsplan søges implementeret på alle privathospitaler
- Børn er et særligt fokusområde på grund af områdets juridiske, organisatoriske, faglige og økonomiske kompleksitet. Områdets udvikling skal følges løbende
- Der skal udarbejdes en samlet kapacitetsplan på hospitaler og kommuner, herunder indlagte patienters træning, for at sikre den tværsektorielle indsats på området
- Der igangsættes konkrete forskningsprojekter på genoptræningsområdet. Formålet er at skabe større evidens med hensyn til genoptræningens organisatoriske og faglige tilrettelæggelse. Der henvises til indsatsområdet vedrørende forskning
- Der udarbejdes to tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser om året, som efterfølgende implementeres. Beskrivelserne skal være med til at understøtte ensartet kvalitet og sammenhæng i genoptræningsforløb
- I takt med implementering af genoptræningsforløbsbeskrivelser udvikles der auditundersøgelser af genoptræningsplaner
- I aftaleperioden vil der være behov for nærmere at få fastlagt indholdet i og udviklet en ramme for samarbejde vedrørende rehabilitering især målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning

5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser

5.1 Mål

- *At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis således, at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde*
- *At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelse*
- *Udvikling af samarbejdet og samarbejdsformerne for det gode ind- og udskrivningsforløb mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at styrke en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i forhold til mennesker med sindslidelse*
- *Udvikle samarbejde og samarbejdsformer om de ambulante forløb mellem de psykiatriske centre og kommunerne*

Formål

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at mennesker med sindslidelser oplever sammenhæng og helhed i indsatsen. Det kræver, at kommuner, psykiatrien og almen praksis arbejder tæt sammen i det enkelte forløb og har kendskab til og respekt for hinandens kerneområder, samt inddrager og udnytter hinandens kompetencer optimalt.

Alle mennesker med sindslidelse skal have lige adgang til sundhed og behandling uanset bopæl, social status og personlige ressourcer. Der skal være fokus på opsporing og tidlig indsats i forhold til mennesker med sindslidelser, herunder mennesker med ikke-psykotiske lidelser, mennesker med dobbeltdiagnoser, hjemløse med sindslidelser, ældre med sindslidelser m.fl.

Kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder efter et fælles mål om, at mennesker med sindslidelser skal leve et liv så tæt på det normale som muligt og inkluderes i samfundet. Alle parter i sundhedsaftalen arbejder derfor efter, at mennesker med sindslidelser skal have det mindst indgribende, men effektive tilbud om behandling og kommunal indsats. Der er således fokus på, at behandling af mennesker med sindslidelser skal ske hos egen læge, når det kan lade sig gøre – eller ambulantly i psykiatrien. Desuden skal mennesker med sindslidelse så vidt muligt bevare egen bolig og tilknytningen til nærmiljøet. Det vil medvirke til at begrænse stigmatisering af mennesker med sindslidelser.

Endelig skal mennesker med sindslidelser opleve tilgængelighed i såvel psykiatrien, kommunerne og hos almen praksis. Der skal være nem adgang til information både i

forhold til sygdom, behandling og kommunale ydelser. Tilgængelighed i psykiatrien forudsætter nem tilgængelighed myndighederne imellem. Styrkelse af koordination og tilgængelighed imellem myndighederne er et centralt fokusområde, så adgang til råd, vejledning, supervision mv. lettes som del af den almindelige daglige samarbejdsform.

5.2 Driftssamarbejdet

Det gode indlæggelses - og udskrivningsforløb

Samarbejde og god kommunikation omkring indlæggelse og udskrivning i forbindelse med psykiatrisk behandling er afgørende for, at mennesker med sindslidelser oplever en sammenhængende indsats ydet af kommune, almen praksis og psykiatrisk center. En velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem parterne, herunder varsling af færdigbehandling og udskrivning af mennesker med sindslidelse efter endt behandling, er afgørende for, at målet om en fælles rehabiliteringsindsats kan opnås. Samarbejdet og kommunikationen er beskrevet i samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og de enkelte psykiatriske centre.

Samarbejdsaftaler – grundlaget for det daglige samarbejde

Kommunerne i regionen og Region Hovedstadens Psykiatri indgik i forbindelse med de første sundhedsaftaler bilaterale konkrete samarbejdsaftaler mellem samtlige kommuner og de psykiatriske centre i Region Hovedstaden på både voksenområdet og børne- og ungeområdet. Samarbejdsaftalerne er revideret som grundlag for samarbejde og kommunikation i aftaleperioden 2011-2014.

Samarbejdsaftalerne er forløbsbaserede og udmønter de krav til samarbejde myndighederne imellem, der er stillet i bekendtgørelse og vejledning til sundhedsaftalerne.

Samarbejdsaftalerne indeholder aftaler om:

- Ansvars- og arbejdsdeling mellem region og kommuner på både voksenområdet og børne- og ungeområdet samt for mennesker med sindslidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser) og andre særlige problemstillinger
- Koordinering og opfølgning af den sundhedsfaglige indsats og den socialfaglige indsats, samt fastlæggelse af, hvem der er ansvarlig for at tage initiativ til dialog
- Indlæggelse og udskrivning, herunder formidling af relevant information mellem parterne og tilgængelighed for videre dialog og spørgsmål
- Ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af pågældendes samlede behov, og der varsles i forbindelse med udskrivning for at sikre, at der er taget stilling til eventuelle støttebehov ved udskrivningen
- Særligt fokus på børn i familier med sindslidende

Bilag 5.1 "Samarbejdsaftaler – Børn og Unge

Bilag 5.2 "Samarbejdsaftale - Voksne

Implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne

Det er en væsentlig forudsætning for, at mennesket med sindslidelse får en oplevelse af helhed og sammenhæng, at det personale, der møder den pågældende i det daglige arbejde kender og bruger sundhedsaftalerne/samarbejdsaftalerne. Både kommuner og de psykiatriske centre oplever, at der skal gøres en indsats for, at aftalerne anvendes i det daglige arbejde.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden monitorere samarbejdet mellem region og kommuner via løbende Ledelsesinformation på centrale områder for psykiatrien
- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden tage initiativ til at gennemføre monitorering af, i hvilket omfang de konkrete samarbejdsaftaler bliver brugt i det daglige arbejde. På baggrund heraf igangsættes der i aftaleperioden forbedringsinitiativer efter behov
- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden udarbejde en beskrivelse af opgavedelingen mellem henholdsvis kommuner og almen praksis/privat praktiserende speciallæger samt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis/privatpraktiserende speciallæger

Bilag 0.5 "Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – Psykiatrien – Voksne"

Bilag 0.6 "Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – Psykiatrien – Børn og Unge"

5.3 Udviklingsamarbejde

Rehabilitering af mennesker med sindslidelse

Ud over fokus på den gode udskrivning, skal der sættes fokus på den langsigtede indsats for behandlingen af den pågældendes sindslidelse og den kommunale indsats efter udskrivningen. Det kræver, at behandlingsplanen i henhold til sundhedsloven, en social handleplan efter serviceloven og jobplanen efter beskæftigelseslovgivningen bringes til at spille sammen i forhold til mennesker med sindslidelser.

Som led i at realisere målet om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for mennesker med sindslidelse, vil kommuner og Region Hovedstadens Psykiatri sætte fokus på fælles rehabilitering af denne målgruppe. Forudsætningen for dette er en rettidig og dækkende kommunikation, som fastlagt i samarbejdsaftalerne.

Målet for en rehabiliteringsindsats er, at alle involverede arbejder efter samme mål.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil med afsæt i de erfaringer, der udspringer fra forskningsenheden om psykiatrisk rehabilitering på Psykiatrisk Center Ballerup igangsætte relevante pilotprojekter om rehabilitering af mennesker med sindslidelser i aftaleperioden. Pilotprojekterne skal sikre udvikling af fælles sprog, fælles metoder og fælles patientundervisning.

Medicinering

Samarbejdet på medicinområdet er beskrevet under indsatsområdet medicin. Det her beskrevne samarbejde og udviklingsprojekter, navnlig vedrørende medicinoplysninger ved indlæggelse og udskrivning samt det fælles medicinkort (FMK), gælder også på det psykiatriske område.

Herudover er der på det psykiatriske område følgende særlige fokuspunkter vedrørende medicin:

Medicineringen skal være korrekt og koordineret mellem de relevante aktører, og unødige polyfarmaci skal undgås. Det kræver udvikling af samarbejdet mellem kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis både i forhold til udveksling af viden om rationel medicinanvendelse, bivirkninger og korrekt medicinadministration.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil udbrede resultaterne fra Ringbo-projektet til de øvrige psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at kvalitetsudvikle både ordinerings og administration af medicin samt samarbejdet herom
- Psykiatriens samordningsudvalg vil sætte fokus på behovet for efteruddannelse af de relevante medarbejdere i forhold til observation af eventuelle bivirkninger og en effektiv og korrekt medicinadministration

Særligt udsatte patienter

Der er en gruppe særligt udsatte mennesker med sindslidelser, hvor der er behov for at udvikle samarbejdet mellem kommunerne, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis for at sikre relevant behandling og kommunal indsats.

Det drejer sig om:

- Sindslidende med misbrug
- Sindslidende med kriminalitet/dom til behandling
- Sindslidende, som er svære at fastholde i behandling
- Hjemløse med sindslidelser

Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden:

- Udvikle samarbejdet mellem region, kommuner og eventuelt almen praksis i forhold til behandlingen af mennesker med misbrug og sindslidelse, således at pågældende bliver behandlet for begge lidelser, og at opgavefordelingen er klar
- Sætte fokus på at udvikle PSP-samarbejdet (obligatorisk samarbejde mellem psykiatri – socialforvaltning – politi om mennesker med sindslidelse) med henblik på at reducere kriminalitet og tilbagefald til kriminalitet
- Styrke samarbejdet om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for, at disse i højere grad bliver anvendt i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis for at fastholde mennesker med sindslidelse i behandling

Beskæftigelsesindsatsen

Der har gennem de senere år været en stærk stigning i tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk indikation. Ca. halvdelen af de psykiatriske diagnoser, der ligger til grund for tilkendelse af førtidspension findes indenfor de såkaldt ikke-psykotiske lidelser.

Alment praktiserende læge er ofte den første kontakt i forhold til mennesker med sindslidelser. Et godt og relevant samarbejde mellem pågældendes egen læge og kommunen om opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser med henblik på arbejdsfastholdelse er det primære omdrejningspunkt.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden igangsætte drøftelser i de lokale samordningsudvalg af, hvordan mennesker med sindslidelser kan fastholdes i beskæftigelse, eller hvordan etablering af beskæftigelse kan etableres via tidlig indsats

Tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelse

Der vil i aftaleperioden blive igangsat et samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis med henblik på at aftale og implementere et samarbejde efter princippet om "shared care" i Region Hovedstaden.

Når en "shared-care" model bliver implementeret i samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis, vil det medføre et løft i behandlingen af mennesker med sindslidelser. Det vil desuden kunne forventes, at almen praksis vil få et tættere samarbejde med kommunerne i forhold til de mennesker med sindslidelse, der som følge af shared care modellen, ikke fremover vil have direkte kontakt til Region Hovedstadens Psykiatri, herunder et samarbejde i forhold til at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil sætte fokus på, at Forebyggelsesportalen bliver udvidet til også at omfatte tilbud til mennesker med sindslidelser

Fælles videndeling og kompetenceudvikling

Såvel kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder kontinuerligt med at udvikle og anvende ny og evidensbaseret viden i arbejdet med mennesker med sindslidelser.

Fælles videndeling og kompetenceudvikling er således et væsentligt omdrejningspunkt i samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden sætte fokus på fælles udviklingsinitiativer, der omsætter og implementerer den nyeste evidensbaserede viden om behandling og socialfaglige metoder til anvendelse i daglig praksis. Psykiatriens samordningsudvalg vil inddrage de lokale samordningsudvalg heri

Fysisk sundhed for psykisk syge

Mange mennesker med alvorlige og langvarige sindslidelser lider også af en række somatiske sygdomme, bl.a. det metaboliske syndrom, diabetes og hjertekarsygdomme. En del af de fysiske lidelser vil kunne afhjælpes ved øget fysisk aktivitet.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden igangsætte initiativer for at sikre god sundhedsadfærd og fastholdelse af fysisk aktivitet efter udskrivning/afslutning fra Region Hovedstadens Psykiatri

Elektronisk kommunikation

Psykiatrien adskiller sig ikke væsentligt fra somatikken i forhold til krav om – og behov for – elektronisk kommunikation mellem sundhedsaftalens parter. Der henvises derfor til afsnittet i den generelle sundhedsaftale vedrørende IT-understøttelse af tværsektoriel kommunikation.

6. Særlige målgrupper

6.1 Svangreomsorg

6.1.2 Mål

- *At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler*
- *At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger*
- Region og kommunerne aftaler senest i 2011, hvordan MedCom-standarden vedrørende fødselsanmeldelser skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune
- Region og kommuner igangsætter i efteråret 2010 et arbejde med udarbejdelse af informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud

Formål

I Region Hovedstaden har et tværsektorielt og tværfagligt Fødeplanudvalg med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om svangreomsorg fra 2009 udarbejdet et forslag til en fødeplan, der behandles politisk i efteråret 2010. Med de initiativer der foreslås i Fødeplanen, opfyldes Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

I Fødeplanen fremhæves, at der bl.a. som følge af et stigende antal ambulante fødsler er behov for en videreudvikling og konkretisering af det tværsektorielle samarbejde mellem fødested, almen praksis og kommune, så det sikres, at der i alle tilfælde sker den fornødne opfølgning fra jordemoder, sundhedsplejerske og almen praksis.

Inden for aftaleperioden skal der udarbejdes en konkret operationel ramme for arbejdsdelingen mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for alle typer fødsler, herunder hjemmefødsler og ambulante fødsler. Det er afgørende, at IT-kommunikationen videreudvikles således, at alle aktørerne har elektronisk adgang til

relevante oplysninger. Fokus skal rettes både mod implementering af ny MedCom-standard for fødselsanmeldelse og på udvikling af en elektronisk vandrejournal.

Der skal endvidere fokuseres på en yderligere udvikling af et samarbejde mellem fødesteder og den kommunale sundhedspleje for at styrke den faglige synergi generelt og i særlig grad i forhold til fortsat udvikling af den indsats, som rettes mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger.

Monitorering

Der monitoreres på andelen af genindlægelser i barnets første leveuge. Det permanente Fødeplanudvalg og IT-udviklingsgruppen udarbejder i aftaleperioden yderligere forslag til monitoreringsindikatorer i forhold til svangreomsorgen.

6.1.3 Udviklingssamarbejde

Arbejdet med udarbejdelse af udkast til en operationel ramme for opgavefordelingen mellem fødested, almen praksis og kommuner samt opgaven vedrørende udarbejdelse af informationsmateriale henlægges til det permanente Fødeplanudvalg, der i denne sammenhæng vil referere til den administrative styregruppe.

Opgaverne vedrørende elektronisk kommunikation varetages af den permanente IT-Udviklingsgruppe.

6.2 Børn

6.2.1 Mål

- *At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer*

Formål

Mange børn har livsstilsrelaterede sygdomme såsom luftvejsinfektioner og lungesygdomme som følge af rygning i barnets familie eller følgesygdomme relateret til svær overvægt. En vis andel af disse børn har symptomer med en sværhedsgrad, som kræver behandling, herunder indlæggelse og genindlæggelser, på hospital.

Der er ikke indgået samarbejdsaftaler mellem hospital, almen praksis og kommuner om koordinering af indsatsen med henblik på at koordinere forebyggelses- og behandlingsindsatsen for børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

Med udgangspunkt i en dataanalyse af forekomsten af livsstilsrelaterede sygdomme hos børn vil der i aftaleperioden blive udarbejdet en tværsektoriel samarbejdsmodel mellem hospitaler, almen praksis og kommuner om forebyggelse, behandling og genoptræning af børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

Monitorering

Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i forbindelse med implementeringen af samarbejdsmodellen blive udarbejdet indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospital med livsstilsrelaterede sygdomme.

6.2.2 Udviklingssamarbejde

Under den administrative styregruppe for sundhedsaftaler nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal forestå dataanalyse og udarbejde forslag til samarbejdsmodel om forebyggelse, behandling og genoptræning af børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

6.3 Komplekse udredningsforløb

6.3.1 Mål

- *I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling*

Formål

For mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer vil forløbsprogrammerne inden for få år betyde mere strømlinede udredningsforløb. Der vil imidlertid fortsat være mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, som ikke vil være omfattet af forløbsprogrammerne. Det gælder f.eks. borgere med whiplash (piskesmæld), fybromyalgi og andre svært diagnosticerbare sygdomme.

For disse grupper af borgere gælder, at de ofte gennemgår en langvarig, kompliceret og til tider ukoordineret udredningsproces inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Det øger risikoen for forlængelse af sygedagpengeperioder og for hel eller delvis udstødelse fra arbejdsmarked. Udfordringen er at få praksissektor, hospitaler og kommuner til at spille effektivt sammen også i forhold til disse grupper.

Monitorering

Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet styringsindikatorer med særlig fokus på ventetider i komplekse udredningsforløb.

6.3.2 Udviklingssamarbejde

Der skal i aftaleperioden igangsættes et eller flere projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer. I projekterne skal erfaringerne fra det landsdækkende tilbage-til- arbejde projekt (TTA) inddrages.

Arbejdet koordineres af den administrative styregruppe for sundhedsaftalen.

Forløbsunderstøttende indsatsområder

7. Planlægning, styring og opfølgning

7.1 Sammenhæng og koordinering af indsatsen

Planlægning og styring af indsatsen mellem de tre aktører i sundhedstrekanten skal sikre en sammenhængende, koordineret og hensigtsmæssig fordeling af opgaverne og kvalitet i de enkelte patientforløb, der går på tværs af sektorgrænser. Planlægningen og styringen skal endvidere sikre, at de samlede ressourcer udnyttes optimalt. Der skal være en klar opgavefordeling, så overdragelse af opgaver, der medfører forandringer i sektorovergangene, sker planlagt.

Monitorering og opfølgning er centralt for at understøtte god dialog og samarbejde om fælles planlægning og styring. Der skelnes mellem driftsmonitorering og opfølgning på udviklingsprojekter.

Den administrative styregruppe følger implementeringen af sundhedsaftalen og følger op på monitoreringsresultater, der afviger fra det aftalte og forventede. Målet er, at monitoreringen omsættes til en handlingsorienteret ledelsesinformation, der umiddelbart kan bruges af hospitaler, kommuner og almen praksis. Det er en ledelsesopgave i de organisationer, hvor afvigelsen fremkommer at gennemføre de nødvendige tiltag for at opnå de aftalte resultater.

Med det øgede fokus på monitorering i sundhedsaftale 2011-2014 etableres en tættere dialog mellem arbejdsgruppen vedrørende økonomi og data, den administrative styregruppe og de øvrige grupper, der løser udviklingsopgaver i forbindelse med sundhedsaftalen.

De enkelte samordningsudvalg følger løbende monitoreringen via ledelsesinformationssystemet og via lokalt igangsatte monitoreringer. Det er i første omgang samordningsudvalgene, der gennem dialogen i udvalget følger op på de resultater, der mangfoldiggøres i ledelsesinformationssystemet. Samordningsudvalget sætter fokus på monitoreringsresultater indenfor eget område og er forpligtede til at følge op på afvigende monitoreringsresultater samt på fremdriften i implementeringen af besluttede tiltag.

7.2 Driftssamarbejde

Monitorering

Aftaleperioden 2011-2014 har fokus på implementering, konsolidering og videreførelse af allerede udviklede tiltag og produkter. Driftsmonitoreringen er central for op-

følgning og overvågning af fremdriften som grundlag for dialogen mellem de tre aktører i sundhedstrekanten.

Sammenhæng og koordinering af indsatsen de tre aktører imellem struktureres i tre niveauer:

1. Planlægning og styring af kapaciteten – på regionalt niveau (den administrative styregruppe)
 - a. Planlægning og styring af opgavefordelingen mellem aktørerne
 - b. Kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder det ambulante område, og udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver.
 - c. Organisatoriske ændringer på hospitalerne er tilgængelige på www.sundhed.dk
2. Planlægning og styring af kapaciteten – på lokalt niveau (samordningsudvalg)
 - a. Aftaler vedrørende indlæggelse og udskrivning.
 - b. Drøftelse mellem hospital, kommuner og praksissektor vedrørende lokale organisatoriske og kapacitetsmæssige ændringer.
 - c. Drøftelse af organisatoriske ændringer, der medfører forandringer i sektorovergange, fx. fødsler, accelererede patientforløb
3. Daglig, patient-/borgernær koordination af kapacitet (driftsenheder)
 - a. Drøftelse mellem hospital, kommuner og praksissektor af planlagte driftsændringer i de enkelte sektorer
 - b. Aftaler i forbindelse med forsøgsordninger og særlige målrettede indsatser
 - c. Oversigtsskema over behandlingssteder er tilgængeligt i matrix på www.sundhed.dk

Monitoreringsværktøjer

Monitorering med henblik på opfølgning og overvågning af implementering og igangsatte driftsområder involverer:

- Datagrundlag, aktivitet og kvalitet
- Indikatorer
- Analyse og audit
- Formidling

Datagrundlag, aktivitet

Al fælles monitorering udføres på basis af eksisterende datakilder. Der anvendes betalingssystemet for kommunal medfinansiering og Landspatientregisteret (LPR). For praksissektoren anvendes ydelsesregister og Dansk Almen Medicinsk Database, som er en godkendt national specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase for almen praksis.

Datagrundlag, kvalitet

Hospitalsvirksomhederne er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel, www.ikas.dk. Kommunerne er indtil videre ikke omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetsmodellen rummer flere standarder, der involverer snitflader mellem hospitaler og

kommune, samt hospitaler og praksisområdet. Hospitalerne vil blive akkrediteret for disse standarder, som er følgende:

- 2.17.1: Aftaler om samarbejde med primærsektor: Der er etableret aftale om overdragelse af patienter mellem institutionen, almen praksis, speciallæger og kommuner
- 2.17.2: Information til praktiserende læge ved udskrivelse af patient: Når patienten udskrives, videregives information i form af epikrise til alment praktiserende læge eller speciallæge
- 2.17.3: Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution: Udskrivelse fra institution og modtagelse af patient i kommunalt regi sker med udgangspunkt i indgåede sundhedsaftaler mellem region og kommune
- 2.17.4: Information ved overflytning mellem enheder og institutioner: Når en patient overflyttes til en anden enhed på samme eller en anden institution, videregives relevant og dækkende information
- 2.15.1: Rehabilitering: Patienters rehabiliteringsbehov vurderes, og ved behov tilbydes en rehabiliteringsindsats

Der er til hver standard knyttet en række indikatorer, som danner grundlag for vurdering af, om et hospital lever op til den pågældende standard. Indikatorerne fastsættes, så de matcher sundhedsaftalen. Den første akkrediteringsrunde for hospitalerne i Region Hovedstaden finder sted i 2012, og resultaterne for akkrediteringen vil blive offentligt tilgængelige.

Samordningsudvalgene er forpligtede til at drøfte resultaterne af monitoreringen af de nævnte standarder og iværksætte de initiativer, som resultaterne giver anledning til.

Når kvalitetsdata for monitoreringen af forløbsprogrammer og genoptræning / rehabilitering foreligger, skal de ligeledes drøftes i samordningsudvalgene.

Ledelsesinformationens målepunkter

Der opstilles målsætninger for hvert indsatsområde med tilhørende målepunkter. I bilaget er gengivet den aftalte matrix for driftsmonitorering af sundhedsaftale 2011-2014. Der måles løbende på de vedtagne målepunkter. Områder under implementering monitoreres med angivne milepæle og tidsintervaller, således at ikke blot indsatsområdet, men også implementeringsprocessen kan monitoreres.

Bilag 7.1 "Matrix for driftsmonitorering af sundhedsaftale" .

Ledelsesinformation: Den eksisterende ledelsesinformation indeholder følgende monitoreringsområder:

- Genoptræningsplaner, specialiserede og almene
- 0-dages indlæggelser
- Genindlæggelser
- Færdigbehandlede patienter på hospitalerne
- Forebyggelige indlæggelser / genindlæggelser fordelt på diagnoser

Ledelsesinformationen indeholder overblik per kommune, per hospital og per samordningsudvalg. Ledelsesinformationen udsendes én gang månedligt af Region Hovedstaden til samtlige kommuner og hospitaler i hovedstadsregionen. Data vedrørende forebyggelige indlæggelser udarbejdes kun kvartalsvis. Data ligger tilgængelig på www.regionh.dk. Monitoreringen kan løbende tilpasses nye behov og fokusområder.

Følgende monitoreringsområder i ledelsesinformationssystemet er under udvikling:

- Elektronisk kommunikation med anvendelse af MedCom-standarder
- Det psykiatriske område

Ledelsesinformationen på disse områder vil blive leveret senest fra 1. januar 2011.

I den administrative styregruppe aftales behovet for og mulighederne for at inddrage yderligere områder under den løbende ledelsesinformation.

Audit

Ved audit udføres en kvalitativ analyse af foreliggende indikatorresultater, og analysen afsluttes med udarbejdelse af faglige anbefalinger til forbedringer for de pågældende områder. Audit kan afholdes ad hoc ved udsving og forandringer indenfor et givet område, eller de kan fastlægges som en tilbagevendende opfølgning på monitorering af et eller flere områder. Da audit er en ressourcekrævende opgave, skal anvendelsen nøje afvejes med den forventede nytteværdi.

Regionsdækkende audit aftales i den administrative styregruppe. Lokale audit aftales i det enkelte samordningsudvalg.

Formidling

Monitoreringsresultaterne formidles på følgende måde:

- Afrapportering ved det somatiske ledelsesinformationssystem tilgår alle ledelsessystemer på det somatiske område i regionen og kommunerne
- Afrapportering ved det psykiatriske ledelsesinformationssystem tilgår ledere i det psykiatriske område i regionen og kommunerne
- Afrapportering ved den elektroniske kommunikation tilgår alle ledelsessystemer i regionen og kommunerne
- Afrapportering fra audits tilgår den administrative styregruppe. Afrapportering tilgår endvidere de relevante ledelsessystemer og samordningsudvalg
- Afvigende resultater drøftes i det enkelte samordningsudvalg. Ledelsesrepræsentanter fra de deltagende organisationer skal håndtere afvigende resultater i egen organisation

7.3 Opfølgning på udviklingsprojekter

Udviklingsindsatser for indeværende aftaleperiode planlægges, styres og prioriteres af den administrative styregruppe, så der skabes sammenhæng med de indsatser, der er i drift. Den administrative styregruppe beslutter prioritering af den samlede udviklings-

indsats, så anvendelsen af udviklingsressourcer optimeres. Den administrative styregruppe udarbejder en årlig status over afsluttede og igangværende udviklingsprojekter.

Udviklingsindsatser underlægges en tydelig projektorganisation med en klar projektledelse og projektbeskrivelse, hvoraf klare mål for indsatsen tydeligt fremgår koblet med kvantificerbare indikatorer. I projektbeskrivelsen skal også være en begrundet procesbeskrivelse med stillingtagen og beskrivelse af en eventuel hørings- og godkendelsesfase. Ved igangsættelse af et udviklingsprojekt skal der i projektbeskrivelse tages til stilling til en foreløbig implementeringsplan. Det skal ligeledes fremgå, hvem der har mandat til at godkende den endelige implementering af et udviklingsprojekt.

Oversigt over permanente udviklingsgrupper

Den administrative styregruppe	
Patientrettet forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udviklingsgruppernes kommissorier godkendes i den administrative styregruppe ▪ Udviklingsgrupperne udarbejder årlige arbejdsplaner, der godkendes af den administrative styregruppe ▪ Udviklingsgrupperne afrapporterer løbende (kvartalsvis) til den administrative styregruppe efter en fast skabelon ▪ Udviklingsgrupperne har en klyngerepræsentation fra kommunerne, fælles kommunalt/regionalt formandskab og sammensættes med repræsentation for både fag og ledelse ▪ Udviklingsgruppen for økonomi- og data samarbejder med de øvrige udviklings- og arbejdsgrupper om at udarbejde grundlag for monitorering af gruppernes produkter
Hjælpemidler	
Genoptræning	
Patientsikkerhed	
Medicin	
IT og information	
Data om økonomi og aktivitet	

Bilag 0.2 "Standardkommissorier for udviklingsgrupper"

Ad hoc arbejdsgrupper

Den administrative styregruppe kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper. Disse arbejdsgrupper sammensættes og fungerer efter de samme principper som de permanente udviklingsgrupper med hensyn til formandskab, sammensætning m.v. Styregruppen tager stilling til kommissorium, tidshorisont og forankring af den enkelte arbejdsgruppe. Forankringen kan være som undergruppe under en af de permanente udviklingsgrupper eller direkte under den administrative styregruppe.

Bilag 0.3 "Standardkommissorier for ad hoc arbejdsgrupper"

Kobling af udviklingsprojekter til drift

Når den administrative styregruppe har godkendt et produkt fra en udviklings- eller arbejdsgruppe tager styregruppen stilling til forslag til den endelige implementeringsplan. Udviklingstiltag og implementeringsplan forelægges ledelsessystemerne i kommuner og region til endelig godkendelse og iværksættelse.

8. IT, elektronisk kommunikation og teknologi

8.1 Mål

- *Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten*
- *Ved Sundhedsaftalens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk*
- *At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling samt velfærdsteknologi og gennemføres forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger*
- *At sikre, at eksisterende og kommende MedCom-standarder implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten*
- *At konsolidere nuværende aktiviteter – herunder monitorering af fremdrift*
- *At styrke elektronisk kommunikation i psykiatrien*
- *At sikre den tværsektorielle implementering af det ”Fælles Medicin Kort” (anvendelsen håndteres særskilt i afsnittet vedrørende Medicin)*
- *At implementere elektroniske fødselsanmeldelser og vandrejournaler*

Formål

Det overordnede formål er at sikre, at kommunikationen i forhold til alle patientgrupper mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang sker elektronisk baseret på fælles MedCom-standarder. MedCom-standarder er standardiserede elektroniske meddelelser, der udveksles mellem IT-systemer hos alle tre sundhedsaktører. De enkelte meddelelsetyper, der udveksles mellem de forskellige sektorer, er beskrevet i bilag til aftalen. Sundhedsaftalen skal endvidere styrke det telemedicinske område og sikre øget inddragelse af patienterne i forhold til egenomsorg.

Bilag 8.1 ”Meddelelsetyper mellem de forskellige sektorer” .

Region Hovedstaden følger den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet. Nytænkning af informationsudveksling skal ske i en national kontekst. Regionen er i stigende grad afhængig af og forbundet med mange sundhedsaktører. Region Ho-

vedstaden vil forsøge at løfte diskussionen i relevante fora for at bidrage til fælles nationale løsninger.

8.2 Samarbejdsfora

For at sikre kontinuitet, koordinering og vidensflow i arbejdet med elektronisk kommunikation mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, er der nedsat en IT-udviklingsgruppe, som består af kommunale repræsentanter, repræsentanter fra regionen samt repræsentanter fra almen praksis. IT-udviklingsgruppen refererer til den administrative styregruppe og arbejder ud fra en årlig fastlagt arbejdsplan.

Bilag 0.2 "Standardkommissorium for udviklingsgrupper".

IT-udviklingsgruppen sikrer overblik over og koordinere IT-understøttelsen af det tværsektorielle område. Hvert år i løbet af september og oktober formulerer IT-udviklingsgruppen ønsker til nyinvesteringer, ændringer og projekter på IT-området i det næstkommende budgetår, dvs. ønsker der skal fremmes i 2012 skal formuleres i 2010 af hensyn til budgetlægningen. IT-udviklingsgruppens forslag til prioriterede IT-initiativer under Sundhedsaftalen behandles i den administrative styregruppe i januar. Styregruppens anbefalinger videregives til kommuner og region, med henblik på at de kan indgå i parternes budgetarbejde.

Der skal i Sundhedsaftalen 2011 – 2014 ske en stærkere og mere direkte kobling mellem IT-udviklingen og samordningsudvalgene. De enkelte samordningsudvalg planlægger implementeringsprocesserne for optageområdet med inddragelse af hospitalernes IT-chefer/implementeringsansvarlige samt den kommunale klyngeformand på IT-området.

8.3 Driftssamarbejde

Den elektroniske kommunikation baseres på MedCom-standarder. Der indgås aftaler for, hvornår en meddelelse senest skal afsendes, og hvilke typer af informationer den som minimum skal indeholde. Korrespondancemeddelelsen, der kan sendes mellem alle tre parter som klinisk e-mail udelukkende til fritekst, kræver en særlig aftale, der beskriver, hvad meddelelsen må indeholde, hvornår der senest skal gives svar tilbage og hvilke retningslinjer der i øvrigt gælder for anvendelsen. Forslag til sådan aftale er under udarbejdelse.

Erfaringen fra første generation Sundhedsaftale viser, at der skal skelnes skarpt mellem teknisk og organisatorisk implementering. Den tekniske implementering betyder, at IT-systemer i de relevante sektorer kan afsende og modtage meddelelser i forhold til kravspecifikationer. Den organisatoriske implementering omfatter, at nødvendige ændringer i samarbejdsstrukturer og arbejdsgange gennemføres og forankres i de involverede organisationer. Der er et stort og fortsat arbejde med at involvere alle parter i, hvad der skal kommunikeres om, og hvornår informationer er relevante (tidstro og retvisende).

Der udarbejdes som minimum årlige implementeringsplaner for hvert samordningsudvalg for såvel den tekniske som den organisatoriske udrulning af IT-anvendelsen, der bl.a. indeholder datoer for implementeringsstart og driftsstart på de forskellige projekter i hospitaler, kommuner og almen praksis samt de indbyrdes afhængigheder. Planerne præciseres i samarbejde mellem kommuner og hospital/region under samordningsstrukturen decentralt med bistand fra det regionale implementeringsteam for tværsektoriel elektronisk kommunikation.

Håndtering af afvigelser i forbindelse med implementeringsplaner

Årsagen til afvigelser kan være af teknisk eller systemteknisk karakter, eller kan skyldes afventning af nationale initiativer og beslutninger.

De afvigelser, der forårsages af manglende beslutninger, udeblivende lokale initiativer eller uklarheder i samarbejdsstrukturer, tydeliggøres overfor den administrative styregruppe via kvartalsvise afrapporteringer, hvad enten de opstår på hospitalssiden, i kommunerne eller i almen praksis. De enkelte samordningsudvalg indmelder en kvartalsstatus på baggrund af et fælles afrapporteringsskema, så det er muligt at følge fremdriften for de enkelte optageområder og øge fokus på de hospitaler, kommuner eller praksis, der afviger fra overordnede implementeringsplaner. Den kvartalsvise afrapportering sammenholdes med de kvantitative data, der løbende indsamles og monitoreres på meddelelsesniveau. Statusrapporterne tilgår den administrative styregruppe med henblik på at afhjælpe organisatoriske og tekniske problemer samt sikre fortsat fremdrift.

Akut opståede barrierer af væsentlig betydning for fremdriften af den fælles aftalte implementering meddeles de berørte samarbejdspartnerne og den administrative styregruppe.

Håndtering af IT teknisk nedbrud

Den omfattende udvidelse af elektroniske kommunikation mellem sektorer medfører større sårbarhed som følge af eventuelle IT teknisk nedbrud. Nedbrud kan forekomme som planlagte nedbrud og utilsigtede nedbrud. Der skal i aftaleperioden i tværsektorielt regi, udarbejdes en politik for og håndtering af, planlagte og akutte nedbrud i regionsregi, forsendelsessystemet (VANS) og i kommunereg.

Monitorering af meddelelsetyper mellem de forskellige sektorer

- Der monitoreres allerede på fire af de elektroniske meddelelsetyper (tidstro registrering af kommune-advis, rettidig afsendelse af elektronisk genoptræningsplan, elektroniske henvisninger samt rettidig afsendelse af epikriser). I 2011 opsættes krav til målopfyldelse for de øvrige meddelelsetyper
- Det forventes, at alle tre sektorer identificerer relevante og målbare indikatorer, der kan monitoreres på
- Monitoreringen af de elektroniske meddelelser behandles af de lokale ledelser på hospitaler, i kommuner og i praksis, som har ansvaret for at iværksætte hensigts-

- Når det afklares, hvor de elektroniske meddelelser ikke anvendes, kan indsatsen målrettes og håndtere lokale problemstillinger i samarbejde med personale og ledelse under hensyntagen til vante arbejdsgange. Der kan være behov for at tilpasse og ændre arbejdsgange, tilpasse opsætningen i systemet eller undervise personale i brugen af meddelelser

8.4 Udviklingssamarbejde

Konsolidering, udbredelse og ibrugtagning af eksisterende teknik og meddelelsetyper

I denne aftaleperiode fokuseres på konsolidering, udbredelse og ibrugtagning af allerede eksisterende teknik og meddelelsetyper. Der er tale om en radikal omlægning af arbejdsprocesser for hele sundhedssamarbejdet. Det er både tidskrævende og vanskeligt at få systemerne, meddelelserne og arbejdsgangene til at virke.

Forsendelsesmåde

Udviklingen er, at der bliver et stadigt stigende behov for at dele og videregive informationer på tværs af hospitaler (region til region) og mellem hospitaler, kommuner og alment og specialiserede privat praktiserende læger samt for at kunne justere indholdet i meddelelsetyperne (fx på baggrund af nye retningslinjer fra de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsfagligt Råd m.v.)). I denne aftaleperiode ønsker kommuner og region at arbejde for en national nytænkning af den nuværende *forsendelsesmåde*, som med sine mange 'postkasser' ofte er en kompleks og langvarig proces, der giver anledning til store problemer.

Velfærdsteknologi

Der vil i aftaleperioden blive et voksende behov for at fokusere på teknologiske løsninger, der kan bidrage til at udvikle servicen på en række velfærdsområder. Teknologier giver løbende nye muligheder for det tværsektorielle samarbejde og opgavedeling mellem hospitaler, kommuner og de praktiserende læger. Velfærdsteknologien vil give patienterne nye og bedre muligheder for at tage kvalificeret del i deres egen behandling. Borgernær velfærdsteknologi herunder bl.a. telemedicinske initiativer, vil kunne understøtte en effektiv og omkostningsbevidst opgaveløsning. Indførelse af ny teknologi vil på mange måder betyde et opgør med traditionelle behandlingsmetoder samt den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. En mere udbredt anvendelse vil kræve erhvervelse af nye kompetencer. Udviklingen på området vil følge den regionale strategi for telemedicin. Velfærdsteknologi er et nyt og bredt indsatsområde. Der er behov for at målrette og koordinere området med inddragelse af relevante parter.

9. Hygiejne

9.1 Mål

- *Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne*
- *Der indgås senest i 2012 samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen*
- *Der nedsættes i 2011 en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal udarbejde forslag til kompetenceudviklingsprogrammer, målrettet nøglepersoner i de kommunale hygiejneorganisationer*
- *Der skal i løbet af aftaleperioden ske en harmonisering af de ydelser som regionens MRSA-videncenter tilbyder kommunerne i relation til bekæmpelse af MRSA¹*

Formål

Der er i kommunernes egne organisationer et stigende behov for rådgivning om multi-resistente mikroorganismer, infektionshygiejnisk rådgivning og rådgivning om konkret håndtering af borgere/patienter, der skal isoleres på grund af smittefare.

Som følge heraf rettes et stort antal henvendelser til hygiejneorganisationerne i de klinisk mikrobiologiske afdelinger på regionens hospitaler. Henvendelserne kommer ofte direkte fra kommunale dag- eller døgntilbud og er dermed ikke koordineret i den enkelte kommune. En særskilt udfordring er at få skabt et samlet overblik over behovet for konkret rådgivning og generel kompetenceudvikling i de enkelte kommuner.

Der er på nuværende tidspunkt ikke indgået formaliserede aftaler mellem kommunerne og regionen inden fra hygiejneområdet. Der foreligger derfor ingen aftale om rådgivningens indhold og omfang eller finansieringen heraf.

Der er således et væsentligt behov for at få formaliseret samarbejdet mellem regionen og den enkelte kommune både i forhold til konkret infektionshygiejnisk rådgivning og i forhold til generel kompetenceudvikling på hygiejneområdet.

Formaliseringen af samarbejdet omkring en rådgivningsfunktion kan ske på forskellig vis. En model kan være, at kommunerne i de enkelte klynger sammen finansierer aflønning af en hygiejnesygeplejerske, som organisatorisk tilknyttes den klinisk mikrobiologiske afdeling. En anden model kan være aftale om honorering per ydelse kombineret med et fast grundbidrag.

¹ Methicillin Resistente Staphylococcus aureus

Udover konkret rådgivning om håndtering af specifikke hygiejnerelaterede problemstillinger, er der i mange kommuner et ønske om opkvalificering af personale i dag- og døgntilbud samt i plejesektoren i forhold til generel viden om hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme. Der vil aftaleperioden blive udarbejdet forslag til kompetenceudviklingsprogrammer, der er målrettet kommunale nøglemedarbejdere inden for hygiejneområdet.

I forhold til MRSA ydes rådgivning til kommunerne fra regionens MRSA-videncenter, som er beliggende på Hvidovre Hospital. Tilbuddet er imidlertid ikke ensartet over for kommunerne i regionen, idet centeret har udgående funktioner til nogle kommuner men kun telefonisk rådgivning til andre kommuner. Fremadrettet er det afgørende, at alle kommuner tilbydes service på samme niveau.

Videncenterets hjemmeside er <http://www.drcmr.dk/>

Monitorering

Hygiejneområdet er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet styringsindikatorer for området.

9.2 Udviklings samarbejde

Under den regionale Komite for Infektionskontrol og Hygiejne nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til samarbejdsmodeller om rådgivning og kompetenceudvikling på hygiejneområdet. Arbejdsgruppen skal herunder udarbejde forslag til kursusprogram målrettet kommunale nøglepersoner på hygiejneområdet.

Arbejdsgruppens forslag skal godkendes af den administrative styregruppe.

Bilag 0.3 "Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper"

Arbejdet vedrørende harmonisering af regionens tilbud i forhold til MRSA er forankret i Komiteen for Infektionskontrol og Hygiejne. Komiteens forslag fremlægges til drøftelse i den administrative styregruppe

10. Opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed ved sektorovergange

Aftalen er med forbehold for kravene i den kommende bekendtgørelse om kommunernes opfølgning på utilsigtede hændelser.

10.1 Mål

- *Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange*
- *At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser*
- *At sikre, at regionens erfaringer fra arbejdet med utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en fælles kompetenceudvikling i alle sektorer*

Formål

I sundhedsloven (Lov nr. 913 af den 13. juli 2010) forpligtes sundhedspersoner i kommuner, praksissektor, apoteker og det præhospitale område til at rapportere utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Rapporteringerne skal danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist med henblik på at forbedre patientsikkerheden og øge kvaliteten af patientforløb. I sundhedsaftalen skal aftales håndtering af den rapportering, der vedrører fejl og utilsigtede hændelser ved sektorovergange.

Sundhedsaftalen skal beskrive:

- Arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til modtagelse og analyse af utilsigtede hændelser, som er relateret til sektorovergange, og som er rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD)
- Hvordan parterne sikrer en koordineret læring af tværsektorielle utilsigtede hændelser herunder opfølgning på de resultater, som måtte opstå på baggrund af analysearbejdet
- Hvordan parterne sikrer, at der sker en koordineret erfaringsopsamling og formidling af viden mellem sygehus, praksissektoren og kommunen samt øvrige relevante aktører, herunder apotekssektoren og det præhospitale område

Parterne er enige om, at der i arbejdet med patientsikkerhed anlægges et lærende systemperspektiv, hvor fejl og utilsigtede hændelser ses som resultater af menneskers arbejde i komplekse systemer, og der fokuseres på at skabe videndeling og læring mel-

lem aktørerne i de forskellige dele af systemet med henblik på at forebygge utilsigtede hændelser. I løbet af aftaleperioden skal der aftales rammer for, hvordan dette læringspotentiale kan udmøntes, herunder aftales de økonomiske og organisatoriske rammer. I sundhedsaftalen fastlægges hvem der har ansvaret for at analysere og følge op på utilsigtede hændelser.

10.2 Samarbejdsfora

Med reference til den administrative styregruppe for sundhedsaftaler nedsættes en udviklingsgruppe vedrørende opfølgning på utilsigtede hændelser i sektorovergangene.

Udviklingsgruppens sammensætning og arbejdsopgaver defineres, når sundhedsstyrelsens vejledning for områder foreligger.

Bilag 0.2 "Standardkommissorier for udviklingsgrupper"

10.3 Driftssamarbejde

Rapportering og analyse af tværsektorielle utilsigtede hændelser

Rapportering af tværsektorielle hændelser

Sundhedspersoners rapportering af utilsigtede hændelser er fastsat i sundhedsloven, herunder at rapporteringen sker til regionen henholdsvis kommunen. Rapporteringen af hændelser sker i DPSD (www.DPSD.dk), som stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen. Parterne anvender Sundhedsstyrelsens vejledning på området til at definere og sagsbehandle utilsigtede hændelser, der forekommer i det tværsektorielle samarbejde.

Sagsbehandling af tværsektorielle hændelser

Der etableres et enstrengt system for sagsbehandling af tværsektorielle hændelser. Den regionale enhed for patientsikkerhed varetager sagsbehandlingen af tværsektorielle utilsigtede hændelser på vegne af regionens virksomheder. Den enkelte kommune definerer én indgang til kommunen i forbindelse med sagsbehandling af tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Den indledende sagsbehandling af tværsektorielle utilsigtede hændelser foretages af den part, hvor hændelsen er konstateret og rapporteret til DPSD. Utilsigtede hændelser, der ikke har relation til sektorskiftet, betragtes ikke som tværsektorielle hændelser og behandles i den sektor, hvor hændelsen er forekommet.

Dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser)

Den gensidige advisering om tværsektorielle utilsigtede hændelser foretages mellem den regionale enhed for patientsikkerhed og den pågældende kommunes kontaktperson. Der træffes i fællesskab beslutning om indstilling til ledelsessystemet om iværksættelse af en tværsektoriel dybdegående analyse (kerneårsagsanalyse). Ledelsessystemet i den pågældende kommune og den relevante ledelse på hospitalet træffer i enighed beslutning om at analysere en tværsektoriel hændelse. Hvis der ikke kan opnås enighed herom, skal baggrunden herfor dokumenteres.

Ved beslutning om at gennemføre en dybdegående analyse af en tværsektoriel hændelse forpligter de involverede parter sig til at afsætte de nødvendige ressourcer til gennemførelse af analysen, herunder at begge ledelsessystemer er repræsenterede i analyseteamet på tilstrækkeligt højt niveau. Når den dybdegående analyse er gennemført, godkendes konklusioner og de opstillede handlingsplaner af den kommunale ledelse og den relevante ledelse i regionen. På baggrund af de afdækkede kerneårsager udmønter den lokale ledelse herefter læringspotentialer i egen organisation gennem konkret forandring af procedurer og arbejdsgange, samt kommunikation, handlingsanvisning, opfølgning og evaluering.

Regionen vil i sin vurdering af behovet for at gennemføre dybdegående analyser score hændelserne. Hændelser vil blive drøftet mellem kommune og region med henblik på iværksættelse af en dybdegående analyse. Hændelser, der ikke kvalificerer sig til en dybdegående analyse, kan eventuelt analyseres enkeltvis eller indgå i aggregerede analyser.

Bilag 10.1 "Håndtering af tværsektorielle utilsigtede hændelser"

Læring og videndeling

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre, at viden formidles til aktører i egen organisation og til andre aktører, det være sig hospitaler, ydere i praksissektoren og kommuner. Samordningsudvalgene er de centrale fora til information og videndeling om tværsektorielle utilsigtede hændelser. Samordningsudvalget forelægges på hvert møde de tværgående dybdegående analyser, der er gennemført i optageområdet siden sidste møde, til orientering og drøftelse. Endvidere kan andre relevante hændelser og analyser præsenteres og drøftes.

En gang årligt forelægges samordningsudvalgene en oversigt over alle tværgående dybdegående analyser i hele regionen til orientering og drøftelse. Tværsektorielle analyser, der vedrører praksissektoren, forelægges de relevante samarbejdsudvalg en gang årligt. Det regionale kvalitetsråd forelægges alle tværgående dybdegående analyser mellem hospitaler, praksissektor og kommuner.

Monitorering

Utilsigtede hændelser er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer med særligt fokus på antal rapporterede og antal dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser) om utilsigtede hændelser inden for fald, medicin og sektorovergange.

10.4 Udviklingsamarbejde

I løbet af aftaleperioden foretages en evaluering af opfølgningen på utilsigtede tværsektorielle hændelser, herunder af:

- Organisering og ansvarsfordeling
- Videndeling og kompetenceudvikling

11. Medicinering

11.1 Mål

- *At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
- *At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
- At sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift
- At forebygge utilsigtede hændelser (UTH) og unødvendige genindlæggelser som følge af medicineringsfejl
- At alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i behandling, udveksler og har let adgang til tidstro opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering

Formål

Indsatsområdet vedrørende medicin håndtering er nyt som selvstændigt område i sundhedsaftalen.

For at sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift er den overordnede målsætning, at informationen følger patienten ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos alment praktiserende læge, speciallæge og lægevagten, samt ambulante behandling på ambulatorier og skadestue. Det skal sikres, at de gældende regler om kommunikation, koordination og kontinuitet i medicin håndtering ved sektorovergange fra sundhedsaftale 2008-2010 videreføres og anvendelsen konsolideres indtil det Fælles Medicin Kort er implementeret i hele sundhedstrekanten.

Det fremtidige, fælles elektroniske medie er Det Fælles Medicinkort (FMK), som i begrænset udgave udrulles på hospitalerne og i almen praksis fra 2011. Senere hen bliver Det Fælles Medicinkort (FMK) tilgængeligt for sundhedspersonale i kommunerne.

Medicin håndtering har snitflader til andre områder i sundhedsaftalen. Det gælder især områderne vedrørende indlæggelse og udskrivinger samt utilsigtede hændelser. Der vil her alene blive beskrevet de konkrete ansvarsområder og opgaver, der vedrører medicin håndtering i forhold til snitfladerne.

Aftalen gælder for alle borgere med behov for receptpligtig medicin ved sektorovergange.

11.2 Samarbejdsfora

Tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende medicin håndtering

For at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen i forbindelse med medicinering ved sektorovergange nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende medicinering. Arbejdsgruppen skal fremme kontinuerlig og korrekt medicinering af borgere ved sektorskift samt fremme forebyggelse af utilsigtede hændelser og unødvendige genindlæggelser, som følge af medicineringsfejl. Arbejdsgruppen nedsættes under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler.

I arbejdsgruppen deltager repræsentanter fra hospitaler, kommuner, almen praksis, apoteker og repræsentanter fra regionsadministrationen. Der vil pågå en tæt kommunikation og koordination med det tværsektorielle udvalg under den Regionale Lægemiddelkomite, It-udviklingsgruppen samt udviklingsgruppen vedrørende utilsigtede hændelser.

Arbejdsgruppens fokus vil være:

- Medicinhåndtering
- Sammenhængende medicinforløb ved sektorovergange
- Understøtte implementering og anvendelse af Det Fælles Medicinkort (FMK)

Bilag 0.3 "Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper"

11.3 Driftssamarbejde

Medicinhåndtering ved sektorovergange

Medicininformationen skal følge patienten ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge, samt ved ambulat behandling på ambulatorier og skadestue. Derved sikres, at patienten får de korrekte lægemidler og at utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange forebygges.

De gældende regler om kommunikation, koordination og kontinuitet i medicinhåndtering ved sektorovergange fra sundhedsaftale 2008-2010 videreføres indtil det Fælles Medicin Kort er implementeret i hele sundhedstrekanten. Aftalen er udmøntet i bilaget: om medicinhåndtering ved sektorovergange: Kommunikation, koordination og kontinuitet.

Bilag 11.1 "Medicinhåndtering ved sektorovergange: Kommunikation, koordination og kontinuitet"

Bilag 11.2 "Medicinvejledning nr. 5 "Dosisdispensering – håndtering ved indlæggelse og udskrivning."

I Sundhedsaftalen 2011 – 2014 igangsættes udvikling af aftaler mellem hospitaler, kommuner og almen praktiserende læger om parternes indsats for at sikre bedst mulig kommunikation, koordination og kontinuitet i patientens medicinering ved sektorovergange. I dette arbejde inddrages erfaringerne med anvendelse af de 6 tværsektorielle medicinvejledninger på hospitalerne. Disse medicinvejledninger lægger vægt på hospitalernes indsats i det tværsektorielle samarbejde om at sikre kontinuitet i patientens medicinering ved overgange mellem sektorer, særligt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Ansvars- og arbejdsfordeling i forbindelse med dosisdispensering er et særligt fokusområde i medicinvejledningerne.

Det Fælles Medicinkort (FMK)

Det Fælles Medicinkort (FMK) er et nationalt projekt iværksat af Lægemiddelstyrelsen. Den fælles medicinkortløsning skal indeholde alle gældende ordinationer af lægemidler og skal på afstemt vis kunne tilgås fra hospitaler, almen praksis og kommunerne.

Projektets formål er, at understøtte regeringens, KL's og Danske Regioners erklærede mål på medicinområdet om, at patienter altid skal modtage rigtig og dermed sikker lægemiddelbehandling i det danske sundhedsvæsen.

Region Hovedstaden er forpligtigede til at sikre udvikling og ibrugtagning af fælles medicin kort i Region Hovedstaden. Den nationale fremdrift i udviklingen vurderes primo 2011.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe skal følge udviklingen og indgå i udviklingen af den tværsektorielle anvendelse af FMK.

Monitorering

Der monitoreres på nuværende tidspunkt kun på medicineringssikkerheden på hospitalerne.

Monitoreringen foretages af følgende indikatorer:

- Om der er foretaget medicinafstemning ved indlæggelsen
- Om der er foretaget medicinafstemning ved udskrivelse eller overflytning
- Om fanebladet "Medicin ved udskrivelsen" er udfyldt
- Om epikrisen indeholder oversigt over den medicin, patienten blev udskrevet med (kun frem til FMK er implementeret)

Der bør udvikles indikatorer til brug for monitorering af medicineringshåndtering i almen praksis og i kommunerne.

11.4 Udviklingsopgaver

Der er aftalt følgende udviklingsopgaver i aftaleperioden:

- Forslag til en samarbejdsmodel mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og apoteker, der tydeliggør organisering og ansvarsfordelinger mellem parterne, med fokus på rettidig og korrekt kommunikation mellem parterne.
- Forslag til retningslinjer og tidsplan for implementering af det Fælles Medicin Kort
- Forslag til en fælles tværsektoriel vejledning for lægers udfyldning af recepter

Særlige indsatsområder

12. Ulighed i sundhed

12.1 Mål

- *At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt*
- *At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud*
- *At der i aftaleperioden søges iværksat tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed*

Formål

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen. Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. For at det skal kunne lykkes, er det nødvendigt at både forebyggelsesindsats samt udredning, behandling, pleje og genoptræning tilrettelægges således, at sociale og kulturelle forskelle ikke får betydning for anvendelsen.

Der skal således skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune. Tilbud om sundheds- og serviceydelser skal ske med udgangspunkt i den enkelte borgers/patients individuelle ressourcer.

En særlig udfordring er at få udviklet og implementeret forebyggelsestiltag, der benyttes og fører til sundere livsstil hos sårbare grupper med sundhedsrelateret risikoadfærd.

Der skal etableres et tættere samarbejde med forsknings- og vidensinstitutioner på området.

Monitorering

Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området med særlig fokus på inklusion af socialt sårbare borgere i forløbsprogrammerne.

Endvidere skal der ske monitorering af social lighed i brug af forløbsprogrammer og afdækning af behov for målrettede tilbud til grupper, der ikke tilstrækkeligt profiterer af de brede tilbud.

13. Forskning

13.1 Mål

- *At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses- behandlings- og gentræningstilbud*
- *At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område*

Formål

I følge sundhedslovens § 194 er regionen forpligtiget til at sikre forsknings- og udviklingsarbejde inden for alle sundhedslovens områder og kommunerne er forpligtigede til at medvirke hertil.

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer til løsning af de nye opgaver på sundhedsområdet, og der etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Disse initiativer skal evalueres og formidles således, at der skabes basis for systematisk videndeling, kompetenceudvikling og dermed for udvikling af "best practice" (bedst tilgængelig viden).

Der er derfor behov for at styrke forskningssamarbejdet mellem hospitaler, forsknings- og vidensinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for den fælles virksomhed på sundhedsområdet.

Der skal i aftaleperioden udvikles og implementeres en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forsknings- og vidensinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsområdet.

Monitorering

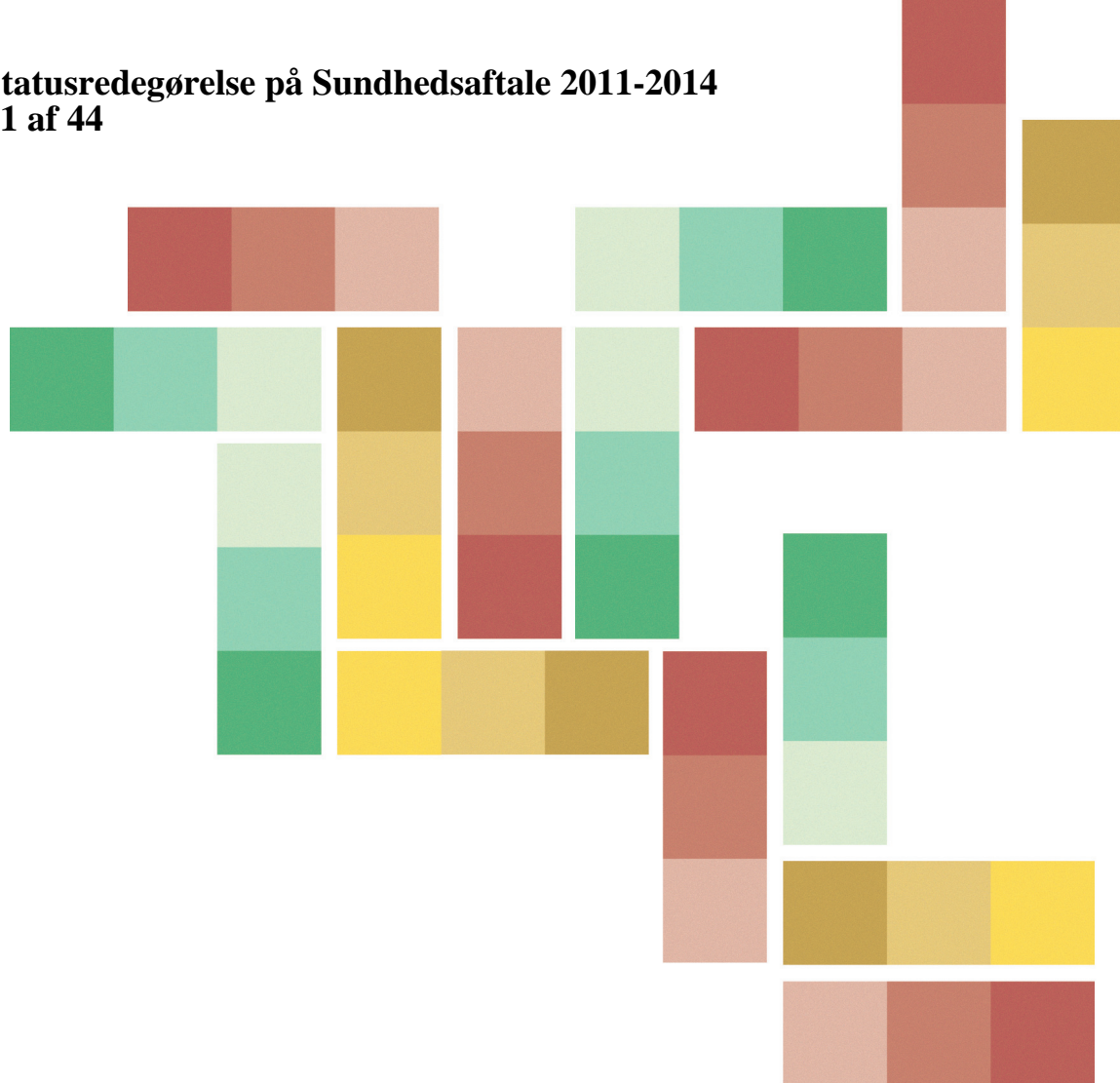
Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet styringsindikatorer for området.

13.2 Organisering af udviklingsopgaverne

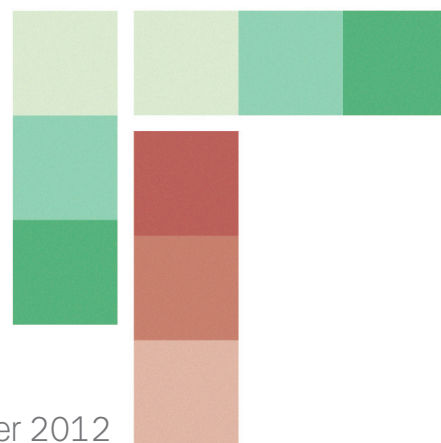
Der nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med reference til den administrative styregruppe, som senest medio 2011 skal have udarbejdet et forslag til or-

ganisering og finansiering på forskningsområdet med henblik på implementering per 1. januar 2012.

Bilag 0.2 "Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper"



Midtvejsstatus på Sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2011-2014



Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
2. Statusbeskrivelse	5
3. Sundhedsaftalens generelle del.....	6
4. Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse.....	9
5. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb	13
5.1. Forebyggelse af indlæggelser	13
5.2. Indlæggelser og udskrivninger	16
5.3. Forebyggelse af genindlæggelser	18
6. Hjælpemidler.....	20
7. Genoptræning	22
8. Indsatsen for mennesker med sindslidelser	24
9. Svangreomsorg.....	28
10. Børn	29
11. Komplekse udredningsforløb	30
12. It, elektronisk kommunikation og teknologi	31
13. Hygiejne.....	34
14. Patientsikkerhed.....	35
15. Medicinering	37
16. Ulighed i Sundhed	39
17. Forskning	40
18. Fremtidige fokusområder	41

1. Indledning

Sundhedsaftalen er et nøgleredskab i Region Hovedstadens, kommunernes og almen praksis' arbejde med at skabe sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis. Fokus i sundhedsaftalen er derfor på faglig udvikling, koordination og kommunikation mellem parterne.

Den nuværende sundhedsaftale gælder i perioden 2011-2014. Aftalen bygger videre på de positive erfaringer, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af sundhedsaftalens målsætninger. Sundhedsaftalen for 2011-2014 er baseret på ambitiøse målsætninger med fokus på at sikre den fortsatte udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Alle parter har gennem de seneste to år lagt meget energi i at sikre aftalens implementering i praksis, og vi er kommet langt med den faktiske implementering af sundhedsaftalen. På det overordnede plan er der etableret en robust struktur for samarbejdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis. Fundamentet for en tættere koordination med almen praksis er styrket gennem udarbejdelse af Plan for Sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem kommuner, hospitaler og almen praksis.

Inden for de enkelte indsatsområder er der arbejdet målrettet med en lang række af temaer. Der har i aftaleperioden været stort fokus på den tværsektorielle elektroniske kommunikation. Et andet væsentligt fokusområde har været arbejdet med udarbejdelse af en kommunikationsaftale, der skal sikre en hurtigere og bedre kommunikation i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger.

Hospitalerne, kommunerne og almen praksis er kommet meget langt med implementeringen af de godkendte forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom, og flere nye programmer er under udvikling. Mange fælles kompetenceudviklingsprojekter er igangsat, og rammerne for det fremtidige samarbejde er på en række udviklingsområder fastlagt.

Halvvejs gennem aftaleperioden er der naturligt også dele af sundhedsaftalen, der endnu ikke er arbejdet systematisk med på regionalt niveau. Det gælder blandt andet målsætninger om udarbejdelse af en ramme for opgaveoverdragelse og kommunernes adgang til specialistviden.

Denne midtvejsstatus er aftalt som en af de politiske målsætninger for Sundhedsaftale 2011-2014. Der redegøres for, hvor langt parterne er kommet med konkretisering og implementering af Sundhedsaftalen. Der sættes således fokus på de områder, som parterne har arbejdet med gennem de seneste to år, men også på de dele af sundhedsaftalen, hvor der er behov for en fokuseret indsats fra 2013 og frem.

Afslutningsvis rettes blikket mod den næste generation af sundhedsaftalen. Med afsæt i statusbeskrivelsen sættes fokus på nogle af de store emner, der skal håndteres i den kommende sundhedsaftale, hvis aftalen skal kunne fungere som et effektivt redskab til at sikre mere sammenhæng og tættere koordination mellem de indsatser, der ydes af det specialiserede hospitalsvæsen og det borgernære sundhedstilbud i kommuner og almen praksis.

2. Statusbeskrivelse

Det har siden 2007 været et krav, at regioner og kommuner skal indgå bindende sundhedsaftaler. Sundhedsaftaler indgås for en fireårig periode.

Den nuværende aftale dækker perioden 2011-2014. Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen består af en grundaftale, der er fælles for regionen og alle 29 kommuner samt individuelle sundhedsaftaler indgået mellem regionen og de enkelte kommuner. De individuelle aftaler beskriver blandt andet bilaterale udviklingsprojekter og kommunernes tilslutning til forløbsprogrammer og forskellige følgeordninger.

Grundaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget. Grundaftalen består af en generel del med tværgående politiske målsætninger og en operationel del med specifikke målsætninger inden for de enkelte indsatsområder. Der er i tilknytning til den operationelle del udarbejdet en lang række bilag med handlingsanvisende programmer, vejledninger og instrukser. Bilagene justeres løbende, i takt med at der opstår behov for revision f.eks. som følge af nye nationale retningslinjer eller lignende. Bilagene understøtter den faktiske implementering af sundhedsaftalen.

I denne midtvejsstatus er målene under den operationelle del tildelt et tal. På den måde er det muligt at følge, hvad der er gjort for hvert af målene. I selve statusbeskrivelsen er der i underoverskrifterne henvist til disse tal i parentes. Denne metode er valgt, fordi mange indsatser ikke nødvendigvis kun relaterer sig til ét mål.

3. Sundhedsaftalens generelle del

Målsætninger

Sundhedsaftalen for 2011-2014 indeholder en række overordnede og gennemgående målsætninger, der har fokus på den fælles opgave som Region Hovedstaden og kommunerne har med at sikre, at borgerne skal opleve **kvalitet og sammenhæng** mellem det specialiserede sundhedsvæsen, almen praksis og kommunerne.

Målsætningerne har derfor fokus rettet mod udvikling, der understøtter kvalitet, kompetenceudvikling, effektivitet og tydeliggørelse af parternes **gensidige forpligtelser** og samspil. Herudover er der fokus på rammerne for opgaveoverdragelse. Sundhedsaftalen skal således under hensyntagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling sikre, at **overdragelse af opgaver** fra hospital til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, styret og aftalt.

Status

Arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalens bærende målsætninger om sammenhæng, forpligtende samarbejde og rammer for opgaveoverdragelse tager afsæt i de positive erfaringer, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af sundhedsaftalens målsætninger.

Mange af opgaverne løses af de udviklings- og arbejdsgrupper, der er nedsat i relation til de enkelte indsatsområder, mens andre målsætninger og indsatser går på tværs af indsatsområderne.

Almen praksis er formelt set ikke aftalepart i sundhedsaftalerne, men almen praksis er en helt central nøglespiller, idet et sammenhængende sundhedsvæsen fordrer et forpligtende samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis.

Organisatorisk er der på administrativt niveau arbejdet med tiltag, der understøtter tættere og mere koordineret inddragelse af almen praksis. Herunder er der gennemført en ændring i sammensætningen af den administrative styregruppe, således at denne nu er sammensat af repræsentanter fra alle tre aktører i sundhedstrekanten, herunder også repræsentanter fra psykiatrien.

Der er endvidere iværksat flere tiltag, der har betydet forbedrede politiske og administrative styringsmuligheder. Eksempler herpå er beslutning om brug af standardskabeloner for udviklings- og arbejdsgruppernes kommissorier, arbejdsplaner og afrapporteringer.

Der er i aftaleperioden nedsat nye udviklings- og arbejdsgrupper i relation til indsatsområderne:

- Indlæggelser og udskrivninger
- Patientsikkerhed
- Psykiatri
- Medicin
- Fødeområdet

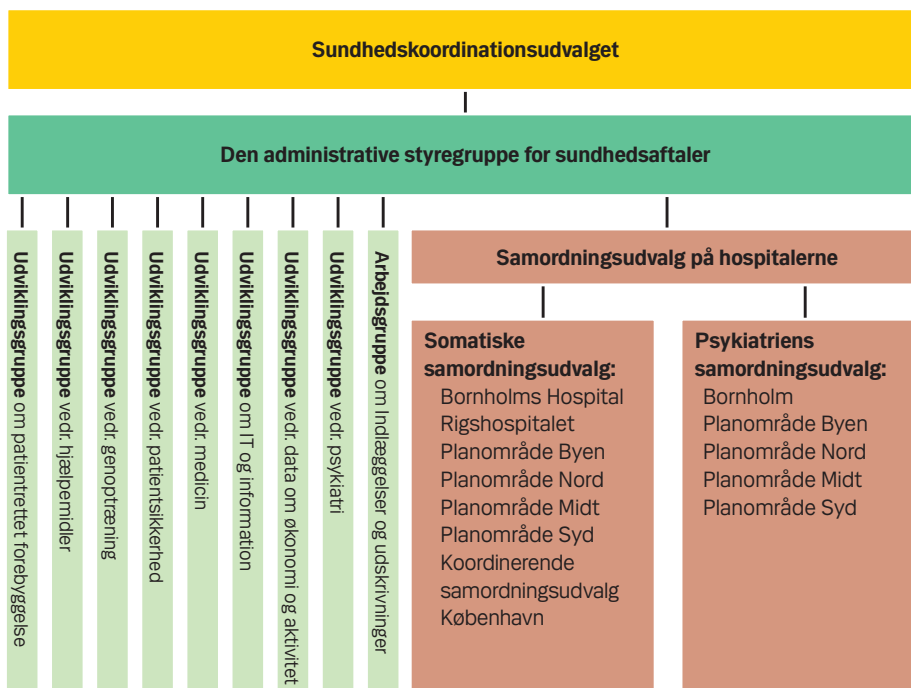
Herudover er der fra sidste aftaleperiode videreført udviklingsgrupper inden for indsatsområderne:

- Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme
- Genoptræning
- Hjælpe midler
- IT og information
- Data om økonomi og aktivitet

De tværfaglige og tværsektorielle udviklings- og arbejdsgrupper bidrager gennem deres opgaveløsning til udvikling og konsolidering af samarbejdet på regionalt niveau.

Lokalt har samordningsudvalgene en væsentlig opgave i forhold til implementering og opfølgning på sundhedsaftalens målsætninger. Der er gennemført en ændring i samordningsudvalgsstrukturen. Den nye struktur afspejler de samarbejdsflader, der er opstået bl.a. som følge af Region Hovedstadens nye hospitalsstruktur og inden for psykiatrien.

Organisationsdiagram for samarbejdsstrukturen vedrørende sundhedsaftalen.



Samtidig har ændringen betydet en stærkere ledelsesmæssig forankring og også almen praksis' rolle er tydeliggjort i samordningsudvalgene (delt formandskab). Ændringerne understøtter dermed det lokale arbejde med at sikre sammenhæng, blandt andet gennem tidlig inddragelse, hvor planlægningsarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats.

I forhold til de politiske målsætninger om et forpligtende samarbejde er der på tværs af de enkelte indsatsområder arbejdet med formalisering af samarbejdet med almen praksis gennem udarbejdelse af en udviklingsplan.

I planen er de gennemgående emner, der skal arbejdes med i hele sundhedsaftaleperioden; forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, forløbsprogrammer, tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser, medicin, elektronisk kommunikation og utilsigtede hændelser.

Status på de enkelte opgaver vil være at finde under indsatsområderne nedenfor, da håndteringen af opgaver er udlagt til de ansvarlige udviklings- og arbejdsgrupper.

Fokusområder i 2013 og frem

Emner som udvikling af en ramme for opgaveoverdragelse, vurdering af anvendelse af området for samfinansiering, og udvikling af en samlet ramme for rehabilitering er endnu ikke blevet drøftet. Der vil derfor være fokus på disse områder i anden halvdel af aftaleperioden.

4. Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Mål

1. Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start
2. Implementering af forløbsprogram for hjerte-karsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012
3. Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænde/ryglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales
4. Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis
5. At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT-understøttes
6. At der sker en indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse
7. Der skal i aftaleperioden udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside
8. Der skal i aftaleperioden igangsættes initiativer med henblik på udvikling af tiltag, som kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom

Udviklingsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse har ansvaret for arbejdet med målsætningerne under dette indsatsområde, og der er i aftaleperioden arbejdet målrettet på at sikre udvikling og implementering af forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammer (mål 1,2,3)

KOL og type 2 diabetes

Implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes er generelt nået langt i Region Hovedstaden, og stadig flere patienter henvises til et sammenhængende rehabiliteringstilbud. Forløbsprogrammet for KOL er implementeret i 90 % af kommunerne og på alle hospitalerne. Forløbsprogrammet for Type 2 diabetes er implementeret på 72 % af hospitalerne og ligeledes i 72 % af kommunerne.

Demens

Målet for forløbsprogrammet for demens er, at implementering er aftalt i aftaleperioden. Forløbsprogrammet for demens er imidlertid allerede langt i implementeringsfasen, idet langt de fleste kommuner har ordninger vedr. information om tilbud til pårørende, forløbskoordinatorer og vejledning om sociale tilbud. Regionens demensenheder er ligeledes langt med implementeringen af minimumsstandarder i forløbsprogrammet, herunder opfølgende udredning af personer med mulig demenssygdom, udpegning af lægefaglig tovholder og information og rådgivning

til både patienter og pårørende. Men implementering af forløbsprogrammet afhænger i høj grad også af implementering i almen praksis. Aftalen omkring implementering af aktiviteter målrettet almen praksis blev indgået i juni 2012 og er præsenteret på fyraftensmøder med almen praksis.

Hjerte-kar

Målet for forløbsprogrammet for hjerte-kar sygdomme er ligeledes, at der i aftaleperioden er indgået aftale om implementering. Forløbsprogrammet for hjerte-kar sygdomme er implementeret på 91 % af hospitalerne. Andelen af kommuner, der har etableret et sammenhængende rehabiliteringstilbud, er 17 %. Den seneste opgørelse viser, at der i 2011 blev henvist 410 patienter med hjerte-kar sygdomme til et kommunalt rehabiliteringstilbud. Aftale om implementering af forløbsprogrammet forventes på plads i 2013.

Lænderyglidelser

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser er færdigudviklet i 2012. Der er nedsat en implementeringsgruppe for forløbsprogram vedrørende lænderyglidelser. Implementeringsgruppens opgave er at udarbejde en overordnet implementeringsplan, igangsætte implementeringsplanens aktiviteter og følge op på, om de igangsatte aktiviteter er koordineret med andre relevante indsatser.

Kræft

I 2012 har udviklingsgruppen også fået ansvaret for at implementere Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Udviklingsgruppen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til implementeringsaktiviteter og en implementeringsplan medio 2013.

Status

Tabellen nedenfor viser den overordnede status for hvert forløbsprogram under udviklingsgruppen for patientrettet forebyggelse.

Forløbsprogram	Status
KOL rehabilitering	Implementering
Type 2 diabetes rehabilitering	Implementering
Demens	Implementering
Hjerte-kar sygdomme rehabilitering	Aftale om implementering skal indgås
Lænderyglidelser	Planlægningsfase for implementeringsplan
Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	Planlægningsfase for implementeringsplan

Fælles kompetenceudvikling (mål 4)

I regi af Region Hovedstadens kronikerprogram er der igangsat kompetenceudviklings tiltag og kursusforløb. Kursusforløbene fortsætter også efter Kronikerprogrammets afslutning ved udgangen af 2012.

Facilitator-ordningen bidrager til indsatsen over for kronisk syge ved at understøtte organisations- og kompetenceudvikling i almen praksis. Projektets facilitatorer har i perioden 2011-2012 gennemført flere end 900 praksisbesøg med henblik på at indarbejde og optimere klinikkens rutiner omkring opsporing, diagnosticering, stratificering og behandling af patienter med kronisk sygdom med udgangspunkt i forløbsprogrammernes anbefalinger. I den kommende periode skal der arbejdes på at anvende metoder og erfaringer fra projektet med henblik på fortsat at understøtte brugen af forløbsprogrammer i almen praksis.

Fælles Skolebænk er et kursusforløb, hvor der undervises i de enkelte forløbsprogrammer. Her deltager personale fra alle tre sektorer, hvorved der ud over selve kursusindholdet sker en understøttelse af det tværsektorielle samarbejde. Frem til efteråret 2012 har ca. 600 klinikere været på Fælles Skolebænk. Erfaringerne har generelt været gode, men der har også vist sig at være behov for at revidere konceptet bl.a. for at sikre, at det faglige niveau favner forskellige faggrupper, herunder også almen praksis, og at der er sammenhæng til øvrige igangværende initiativer.

Endvidere vil ca. 350 patientundervisere have deltaget i et sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus inden udgangen af 2012. Dertil er der planlagt lokale kurser med et sygdomsspecifikt indhold - også rettet mod patientundervisere.

It-understøttelse, patientportal og telemedicin (mål 5,6,7)

Der er gennem de seneste to år arbejdet målrettet på at sikre it-understøttelse af forløbsprogrammerne. Implementeringen af den elektroniske henvisning (Ref01) er et væsentligt element heri, idet brugen af den elektroniske henvisning vil lette arbejdsgangene og sikre en bedre kommunikation. Både hospitaler og almen praksis vil kunne benytte den elektroniske henvisning.

Almen praksis har en helt central rolle i arbejdet med forløbsprogrammerne og ikke mindst i forhold til at sikre en tidlig indsats i forhold til borgere, der har risiko for at udvikle kronisk sygdom. I regionens kronikerprogram er der derfor sat fokus på datafangst i almen praksis. Datafangst giver f.eks. mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen og vurdere denne med henblik på forbedring af kvaliteten.

I regi af Kronikerprogrammet er en rehabiliteringsdatabase under udvikling. Rehabiliteringsdatabasen skal bidrage til at sikre videndeling og kvalitet på tværs samt til at monitorere implementering og effekt af rehabiliteringsindsatser. Det er tanken at rehabiliteringsdatabasen også vil kunne udvides til at omfatte andre forløbsprogrammer.

En vellykket rehabilitering forudsætter at borgere med en kronisk sygdom får indsigt i egen sygdom, hvorfor patientportalen Grib om Livet er udviklet med egen hjemmeside. På portalen vises nu film rettet mod patienter med KOL og Type 2-diabetes. Offentliggørelsen af film for patienter med demens og deres pårørende sker i november 2012, og i efteråret 2012 produceres der ligeledes film for patienter med hjerte-kar sygdomme og lænderyglidelser.

Region Hovedstaden er i gang med at etablere et Center for Telemedicin. En af centrets første opgaver er at foretage en systematisk tværsektoriel kortlægning over telemedicinske løsninger og projekter i regionen. Der skal aftales en samarbejdsform, som sikrer inddragelse af kommunerne i den videre proces.

Tidlig opsporing (mål 8)

Lokalt er der, bl.a. med støtte fra Forebyggelsespuljen og Region Hovedstadens pulje til styrket indsats for udsatte borgere (50 mio. kr.), iværksat en række projekter, der har fokus på tidlig opsporing af borgere, der har eller er i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital samarbejder om tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle hjerte-kar sygdomme.

På regionalt niveau er der endnu ikke arbejdet med målsætningen om at udvikle initiativer, der kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til en tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom. Der vil i udviklingsarbejdet, som påbegyndes i 2013, blive lagt vægt på at sikre koordination i forhold til initiativer, der iværksættes inden for rammerne af Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Fokusområder i 2013 og frem

Det er væsentligt, at der også fremadrettet sættes fokus på tidlig opsporing af borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom. Almen praksis er i den sammenhæng en central aktør, f.eks. skal der sættes fokus på praktiserende lægers mulighed for at henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.

Derudover tager forløbsprogrammerne i dag ikke i tilstrækkeligt omfang højde for, at flere patienter lever med mere end en kronisk sygdom. Derfor er det nødvendigt fremover at fokusere på, hvordan koordinering af forløb samt tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatser i højere grad målrettes patienter med multisygdom og øvrige sårbare patienter.

Den fremadrettede indsats vil tage afsæt i de kommende evalueringer på området.

5. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger er nedsat som en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe i 2011. Arbejdsgruppen har haft fokus på at videreudvikle samarbejdet i sundhedstrekanten, særligt omkring den ældre medicinske patient, med henblik på tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser, indlæggelser og udskrivninger samt forebyggelse af genindlæggelser.

5.1. Forebyggelse af indlæggelser

Mål

1. At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser
2. At der udvikles de nødvendige redskaber og gennemføres en fælles kompetenceudvikling til brug for forebyggelse af indlæggelser
3. At indlæggelse af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb, så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg
4. At forskelle i indlæggeshyppighed for de forebyggelige diagnoser mellem kommuner analyseres med henblik på reduktion i aftaleperioden
5. At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing

Inddragelse af almen praksis (mål 1)

De praktiserende læger har kontakt til næste alle borgere. De praktiserende læger har derfor en afgørende rolle, når det gælder indsatser, der kan forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

I Plan for sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem hospitaler, kommuner og almen praksis 2012, der blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i januar 2012, er et af indsatsområderne forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Planen indebærer, at der skal arbejdes med:

Fælles indsatser	Status
At udarbejde og formidle information til almen praksis, herunder lægevagten om kommunernes alternativer til eventuel indlæggelse	Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.
At afdække udbredelsen og erfaringerne med anvendelsen af følgeordningerne bl.a. gennem de kommunalt lægelige udvalg (KLU)	Der arbejdes med følgeordningerne og der er i 2011 indgået aftale med PLO-Hovedstaden om de praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. For uddybende beskrivelse af følgeordningerne se afsnit 5.3.
At indsamle best practice med henblik på formulering af udviklingsprojekter i 2013 vedr.:	
1. Fælles sprog med henblik på sikker og klar kommunikation om observationer på begyndende sygdomsudvikling til brug i den tværfaglige og tværsektorielle dialog	Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.
2. Specialrådgivning fra hospitaler til kommuner og almen praksis	Der er etableret fire diagnostiske enheder i 2012, hvor der bl.a. er etableret en rådgivningsfunktion/telefon ved hver af enhederne
3. Subakutte tider til udredning på hospitalerne	Alle afdelinger har subakutte udredningstider.
4. Eksempler på lægefaglig bistand fra almen praksis til kommunerne	Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.

Kompetenceudvikling og tidlig opsporing (mål 2)

Det kommunale plejepersonale spiller i mange tilfælde en stor rolle, når der skal iværksættes en tidlig indsats, der kan forebygge en indlæggelse. Derfor er der både lokalt og regionalt iværksat projekter, der har fokus på kompetenceudviklingen af det kommunale plejepersonale.

Frederiksberg Kommune og Region Hovedstaden er gået sammen om udvikling af et uddannelsesprogram, hvor fokus rettes mod bl.a. observationer af funktionsnedsættelse hos ældre borgere og andre udsatte grupper. Det er tanken, at uddannelsesprogrammet på sigt skal tilbydes til alle kommunerne. Programmet kan derigennem blive et væsentligt input til den fælles model, der skal udvikles for at forebygge indlæggelser gennem tidlig opsporing.

Det tætte og koordinerede samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne er helt centralt for forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

De fleste samordningsudvalg har taget initiativ til projekter om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Blandt andet har Allerød, Hillerød, Gribskov, Frederikssund og Halsnæs kommuner sammen med Hillerød og Frederikssund hospitaler gennemført et projekt om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i Planområde Nord. Der er blandt andet udviklet en triage-model for borgere i hjemmeplejen. Projektet har været støttet af forebyggelsespuljen. Konklusionerne rummer positive perspektiver for en fremtidig indsats om tidlig opsporing og triagemodellen er efterfølgende implementeret i de fleste af projektkommunerne.

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital har etableret et 2 årigt samarbejdsprojekt, som har til formål at give sårbare ældre medicinske patienter over 65 år et hurtigt, sammenhængende og målrettet patientforløb, som alternativ til indlæggelse.

Forskelle i indlæggeshyppighed (mål 4)

Samordningsudvalgene modtager kvartalsvis ledelsesinformation omkring indlæggeshyppighed og variationer mellem planområderne. Samordningsudvalgene modtager endvidere ledelsesinformation om udviklingen i indlæggelserne på de områder, der er defineret som forebyggelige. Samordningsudvalgene anvender ledelsesinformationen til tematiserede drøftelser om fælles indsatser med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

Fokusområder i 2013 og frem

De mange lokale erfaringer omkring kompetenceudviklingsprojekter og samarbejdsprojekter omkring forebyggelse af indlæggelser skal indsamles, så erfaringerne kan indgå i arbejdet med udvikling en fælles model for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing (5).

Herudover vil særligt videreudviklingen af samarbejdet med almen praksis være et højt prioriteret indsatsområde og samtidig et område, som vil kræve et fortsat fokus også i de kommende sundhedsaftaler.

Målsætningen, om at indlæggelser af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg (3), er der ikke arbejdet systematisk med. Der er behov for en drøftelse af, hvordan der kan arbejdes med målsætningen.

5.2. Indlæggelser og udskrivinger

Mål

1. At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskriving
2. At varslingsaftaler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere
3. At sikre rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskriving fra hospital, herunder koordinering af færdigbehandlingstidspunkt og behov for ydelser efter udskriving
4. At sikre formidling af relevante informationer til patienten og eventuelt pårørende, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten
5. At der udarbejdes aftaler for støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital
6. Udvikling af ind- og udskrivningsforløb med de akutte modtageafdelinger

Kommunikation omkring indlæggelser og udskrivinger (mål 1,2,4)

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis er i gang med et stort projekt med implementering af elektronisk kommunikation i form af 4 nye MedCom-standarde. Projektet betyder, at informationer mellem kommuner, hospitaler og almen praksis i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger bliver hurtigere og mere sikker.

De nye MedCom-standarde understøtter samtidig aftalen om tværsektoriel kommunikation om indlæggelser og udskrivinger, der nu er under implementering. Den nye Kommunikationsaftale erstatter de nuværende varslingsaftaler. Med aftalen understøttes en hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem hospitaler og kommuner i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Der er desuden aftalt arbejdsgange med henblik på, at der tidligt i indlæggelsesforløbet skabes dialog med kommunen for at sikre et sikkert og godt udskrivningsforløb.

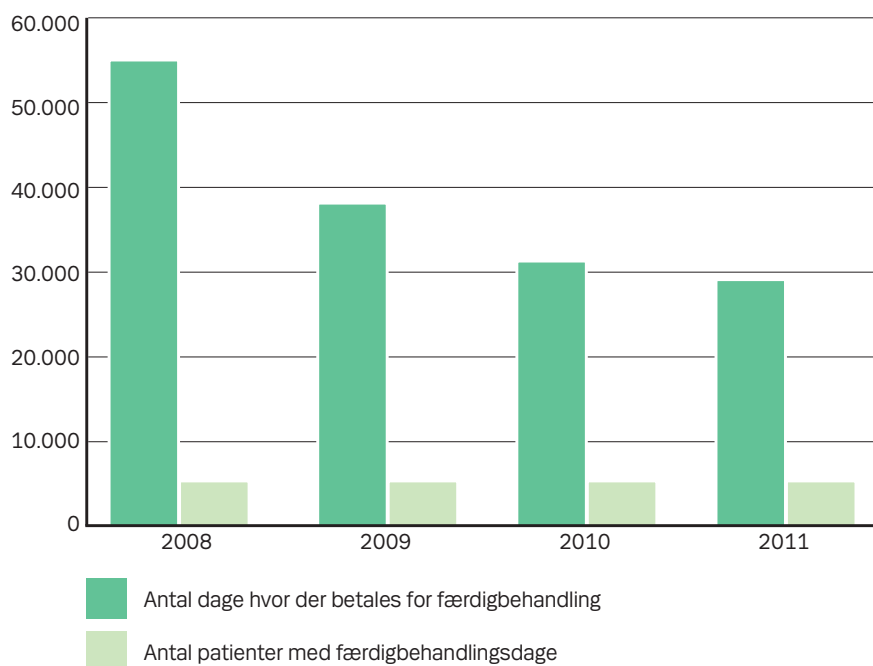
I Kommunikationsaftalen er det desuden aftalt, hvordan patientens behov efter udskrivning formidles til og koordineres med kommunen. Formidling til patienten sikres ved, at patienten får en udskrift af udskrivningsrapporten med hjem, hvoraf også kontaktadresser fremgår.

Færdigbehandling (mål 3)

Et ophold på hospital skal, både af hensyn til den enkelte borgere og af hensyn den samlede ressourceudnyttelse, afsluttes, når patienten er færdigbehandlet. Der er derfor i kommunerne et stort fokus på at sikre en hurtig hjemtagelse af borgere. Nedenstående tabel viser, at antallet af dage, hvor der betales for færdigbehandling, er faldet markant og der har været stort fokus i kommunerne på at nedbringe antallet. Bl.a. har mange kommuner etableret ordninger med koordinerende sygeplejersker, som dagligt er på hospitalerne og er i dialog med indlagte borgere og hospitalets personale for at sikre hurtige og velplanlagte udskrivinger.

Aftalen om tværsektoriel kommunikation vil kunne bidrage til yderligere understøttelse af denne udvikling. Diagrammet nedenfor viser udviklingen i Region Hovedstaden fra 2008-2011.

Figur 1. Udvikling i antal dage/patienter hvor der betales for færdigbehandling



Kommunikationsvanskeligheder (mål 5)

Grundet det store fokus på udarbejdelse og implementering af Kommunikationsaftalen, er der endnu ikke arbejdet med aftaler for støtte til patienter med svære kommunikationsvanskeligheder. Dog har nogle kommuner indgået aftale med hospitaler om, at kommunen kan vælge at sende personale med, når en borger med svære kommunikationsvanskeligheder skal indlægges.

Fokusområder i 2013 og frem

Implementeringen af Kommunikationsaftalen forventes at være fuldført i april 2013. Men også herefter vil der være behov for at følge op på aftalen. Det er derfor aftalt, at der skal gennemføres en evaluering af aftalen. Evalueringsprocessen begynder i 2013. Evalueringen skal blandt vise, om der er behov for justeringer af aftalen, og om aftalen understøtter hensigten i forhold til gode indlæggelses- og udskrivningsforløb for borgeren.

Der skal endvidere igangsættes et arbejde med henblik på udarbejdelse af aftaler om støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital.

5.3. Forebyggelse af genindlæggelser

Mål

1. At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient
2. At reducere omfanget af genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidligere indsats fra hospital, kommune eller praktiserende læge, hver især eller i fællesskab

Opfølgingsordninger (mål 1)

For at forebygge genindlæggelser arbejdes der på hospitaler og i kommuner med tre opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient:

1. "Følge hjem" – en ordning, hvor patienten følges hjem af hospitalspersonalet, eventuelt med deltagelse af kommunalt personale. Følge hjem ordningen er implementeret som driftsopgave på alle hospitalerne og er stadig under opbygning og udvikling. Der er i 2011 foretaget ca. 2.600 hjemfølgninger, og det forventes, at der i 2012 bliver 3.300 – 3.600 hjemfølgninger. Der er alle steder etableret et godt samarbejde med kommunerne om ordningen. Ordningen drøftes løbende i samordningsudvalgene. Nogle kommuner ønsker at deltage i hjemfølgningen.
2. "Ring hjem" – en ordning, hvor hospitalspersonalet ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen. På seks hospitaler er der fra slutningen af 2011 gennemført pilotprojekter vedr. ringe hjem ordninger for forskellige patientgrupper og med forskellig organisering. De seks projekter er næsten alle afsluttet og evalueret. En samlet opgørelse af erfaringerne fra de seks projekter forventes færdig ved udgangen af 2012. De foreløbige konklusioner tyder på, at ringe-hjem tilbuddet bidrager med et kvalitetsløft, og at tilbuddet har en positiv betydning for patienternes oplevelse af efterforløbet.
3. "Følge op" – en ordning, hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet. Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er indskrevet i Sundhedsaftale 2011-2014. Der er i 2011 indgået aftale med PLO-Hovedstaden om de praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. 22 kommuner har medio 2012 tilsluttet sig aftalen. Enkelte kommuner startede ordningen op i 2011, og flere har igangsat ordningen i 2012.

Antal genindlæggelser (mål 2)

Indsatsen for at forebygge genindlæggelser, hænger tæt sammen med indsatsen for at forebygge indlæggelser. Der er både lokalt og regionalt iværksat projekter, der har fokus på kompetenceudvikling af det kommunale plejepersonale. For beskrivelse af projekter, se afsnit om kompetenceudvikling og tidlig opsporing s. 13.

Fokusområder i 2013 og frem

I 2013 og frem vil der være fokus på at sikre, at de allerede iværksatte regionale initiativer og initiativer under den nationale handleplan for den ældre medicinske patient koordineres. I hovedstadsregionen er der med den regionale plan for den ældre medicinske patient, kronikerprogrammet og den kommende fælles regionale tryksårsindsats således allerede mange erfaringer at bygge videre på i forbindelse med den nationale udmøntningsplan.

De mange lokale erfaringer omkring kompetenceudviklingsprojekter og samarbejdsprojekter omkring forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser skal indsamles, så erfaringerne kan indgå i arbejdet med udviklingen af nye tiltag og projekter.

6. Hjælpemidler

Mål

1. At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor
2. At udvikle og vedligeholde en klar arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug
3. At sikre, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra hospital samt sikre den nødvendige instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber

Tværasektorielt samarbejde og snitflader (mål 1,2)

I november 2008 besluttede Den administrative Styregruppe, at der under hvert samordningsudvalg skulle nedsættes et Fagligt hjælpemiddelforum, for at sikre samarbejdet lokalt mellem hospital og kommuner. Fagligt hjælpemiddelforum har blandt andet til opgave at arbejde med og rapportere til samordningsudvalgene om kontaktpersonsordningen på hjælpemiddelområdet, sagsbehandlings- og leveringstider, samt oplysninger vedr. de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter. Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler er i færd med at planlægge en evaluering af arbejdet i de lokale faglige hjælpemiddelfora.

Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler har udarbejdet et snitfladekatalog om behandlingsredskaber og hjælpemidler, der erstatter det Casekatalog, der blev udarbejdet i forbindelse med første generations sundhedsaftaler. Snitfladekataloget beskriver de overordnede principper for samarbejdet om formidlingen af behandlingsredskaber og hjælpemidler samt de konkrete snitflader i forhold til et udvalgt antal produkter. Udviklingsgruppen arbejder på en revision af Snitfladekataloget i løbet af efteråret 2012 med henblik på en udgivelse af version 2 foråret 2013.

Udlevering af hjælpemidler (mål 3)

I forbindelse med udskrivning fra hospital udleveres pjecen "Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler" til de patienter, hvor det er relevant at overveje hjælpemidler.

Får patienten hjælpemidler med fra hospitalet ved udskrivelsen, vil personalet på hospitalet sikre, at patienten har fået instruktion i brugen af hjælpemidlet. For hjælpemidler, der efterfølgende bevilliges af kommunen, er det kommunen, der vil instruere.

Velfærdsteknologi

Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler har udover de konkrete opgaver i relation til målene også haft til opgave at følge den faglige udvikling på området. Udviklingsgruppen har afholdt en temadag om velfærdsteknologi i samarbejde med udviklingsgruppen for genoptræning og udviklingsgruppen for IT med fokus på udviklingen indenfor velfærdsteknologi og på snitfladen mellem kommuner og region. I november

2012 afholdes en national temadag om behandlingsredskaber og hjælpemidler. Temadagen er blevet til i et tværsektorielt samarbejde på nationalt plan. Temadagen vil sætte fokus de nuværende regler for behandlingsredskabs- og hjælpemiddelområdet.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i 2013 være fokus på det praktiske samarbejde omkring håndtering af hjælpemiddelområdet.

En analyse af hjælpemiddelområdet med henblik på at generere viden om kvalitet, som kan stilles til rådighed for kommunerne, vil også være i fokus i 2013. Desuden skal analysen behandle snittet mellem regionale og kommunale opgaver på området og anvise sømløse overgange. Der er i Region Hovedstadens budget for 2013 afsat midler til gennemførelse af analysen.

7. Genoptræning

Mål

1. At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser
2. At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012
3. At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget
4. At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler og kommuner i praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter
5. At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering

Tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser (mål 1)

Udviklingsgruppen vedr. genoptræning arbejder målrettet på at udarbejde tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Den første vedrørende skulderopererede er udarbejdet og er i godkendelsesproces, og der er sat yderligere fire i gang. De kommende genoptræningsforløbsbeskrivelser omhandler benamputationer, botoxbehandling for CP børn og unge, hoftenære frakturer og total knæalloplastik. Desuden arbejder udviklingsgruppen på at udpege, på hvilke områder de efterfølgende genoptræningsforløbsbeskrivelser skal udarbejdes.

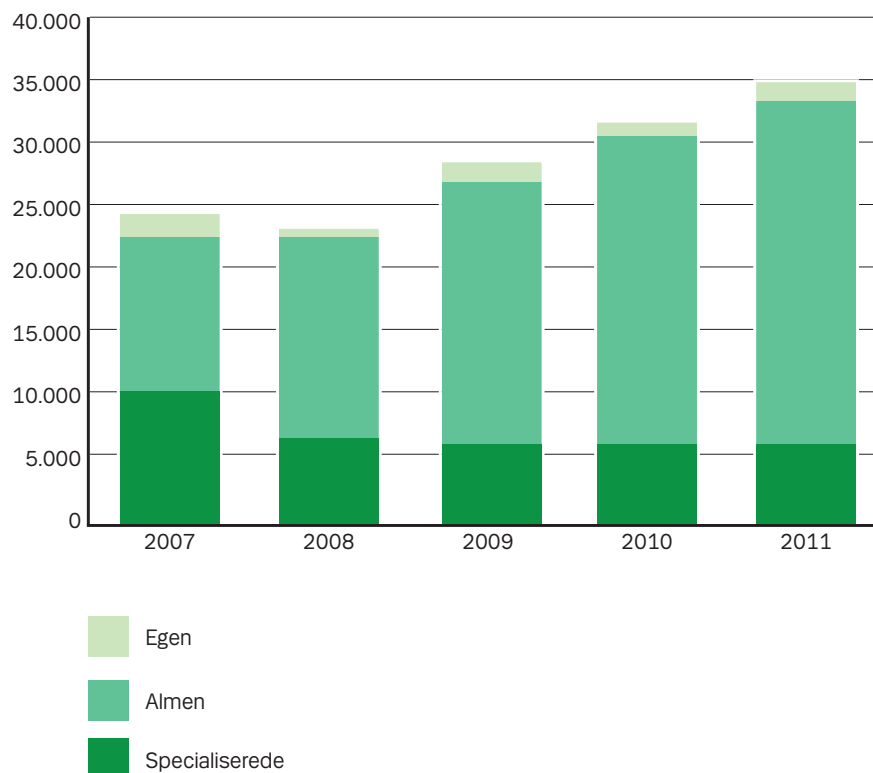
Der har været afholdt en temadag for ledere i kommuner og på hospitaler om tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Formålet er at sikre en fælles forståelse af værdien af at afsætte ressourcer til udvikling af de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Netop ressourcer lokalt på hospitaler og i kommuner har været med til at forsinke målsætningen om at udarbejde to genoptræningsforløbsbeskrivelser årligt. Mulighederne for at løfte udarbejdelsen af de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser til nationalt niveau har derfor også været drøftet i udviklingsgruppen.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for skulderopererede har givet anledning til at drøfte variation i behandlingsforløb på hospitaler og i kommuner på et evidensbaseret grundlag. Den tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse bidrager således til, at der på et kvalificeret grundlag er mulighed for at mindske variationer mellem behandlingsforløb for samme diagnose.

Genoptræningsplaner (mål 2)

Der har siden 2007 været stort fokus på udviklingen inden for genoptræningsplaner. Nedenstående diagram viser, at antallet af udarbejdede genoptræningsplaner er steget over årene. Endvidere fremgår det, at antallet af almene genoptræningsplaner er stigende og specialiserede genoptræningsplaner er faldende.

Figur 2. Udvikling i antal genoptræningsplaner fordelt på type af genoptræning



Der er fortsat et potentiale i at harmonisere behandling på tværs af hospitaler og kommuner inden for samme diagnoser. Dog skyldes nogle af forskellene i antal specialiserede genoptræningsplaner specialefordelingen mellem hospitaler. En harmonisering bør derfor kun ske inden for sammenlignelige diagnosegrupper.

Børnegenoptræning (mål 3)

Snitfladekataloget for genoptræning vedr. børn er blevet implementeret, og det er udviklingsgruppens opfattelse, at samarbejdet på børneområdet fungerer godt.

Kapacitetsplan og ramme for rehabilitering (mål 4,5)

Der er ikke arbejdet med at udvikle en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren i aftaleperioden. Udviklingsgruppen vil på et møde ultimo 2012 drøfte, om målet fortsat ses som relevant i forhold til udviklingen på genoptræningsområdet i øvrigt.

Arbejdet med at udvikle en fælles ramme vedrørende rehabilitering er sat i bero, idet Den Administrative Styregruppe har vurderet, at der er behov for en generel drøftelse af, hvorvidt der skal prioriteres at udvikle en samlet ramme for rehabilitering eller en proces, hvor der fokuseres på enkelte delområder, som fx. børn og voksne med erhvervet hjerneskade, forløbsprogrammer og psykiatri.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i resten af aftaleperioden være fokus på udviklingen af og implementering af de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser, som bidrager til at sikre fælles evidensbaserede genoptræningsforløb i region og kommuner.

8. Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Mål

1. At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis således, at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde
2. At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelser
3. Udvikle samarbejdet og samarbejdsformerne for det gode ind- og udskrivningsforløb mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at styrke en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i forhold til mennesker med sindslidelse
4. Udvikle samarbejde og samarbejdsformer om de ambulante forløb mellem de psykiatriske centre og kommunerne.

Samarbejdsstruktur

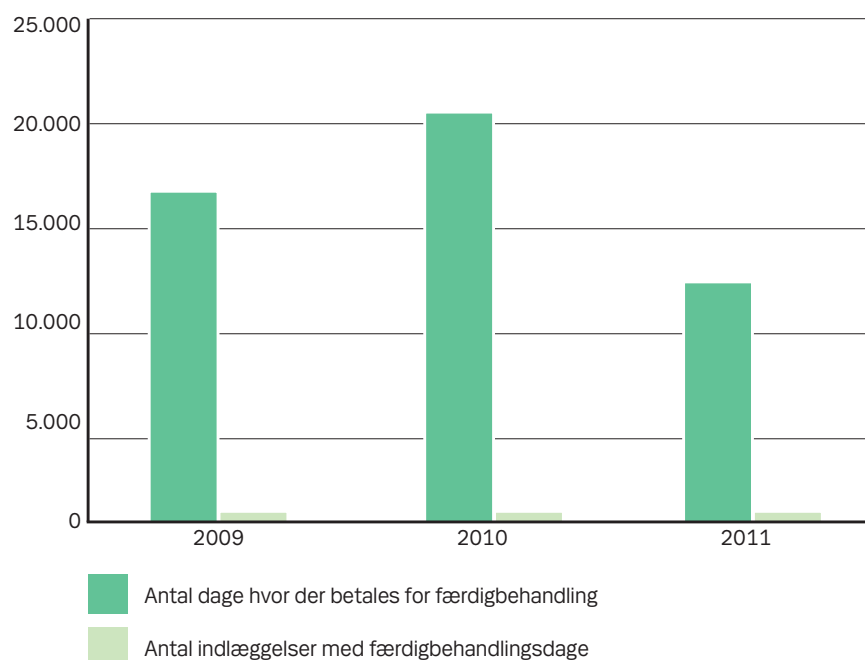
Der er i aftaleperioden sket en revision af samordningsudvalgsstrukturen på psykiatriområdet. Den tidligere struktur med ét koordinerende samordningsudvalg samt lokale samordningsudvalg er ophørt og erstattet af fire psykiatriske samordningsudvalg for planområderne, der både dækker voksenområdet og børne- og ungeområdet. Der er desuden repræsentanter fra almen praksis samt repræsentanter udpeget af Praksisudvalget i Region Hovedstaden i samordningsudvalgene. Region Hovedstadens Psykiatri deltager desuden i møderne i Den administrative Styregruppe på vicedirektørniveau. De psykiatriske samordningsudvalg for planområderne er netop etableret og de fire udvalg har holdt konstituerende møder i september 2012.

I forhold til samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og praksisområdet er der etableret et PKO samarbejde (praksiskonsulentordning), hvor praksiskoordinator og lægefaglig vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri afholder ugentlige møder. Der er desuden ansat praksiskonsulenter på de psykiatriske centre. Der er i dette regi fokus på at styrke samarbejdet mellem almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri. Der er bl.a. udarbejdet forløbsbeskrivelser for det konkrete samarbejde mellem almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til psykiske lidelser, f.eks. depression.

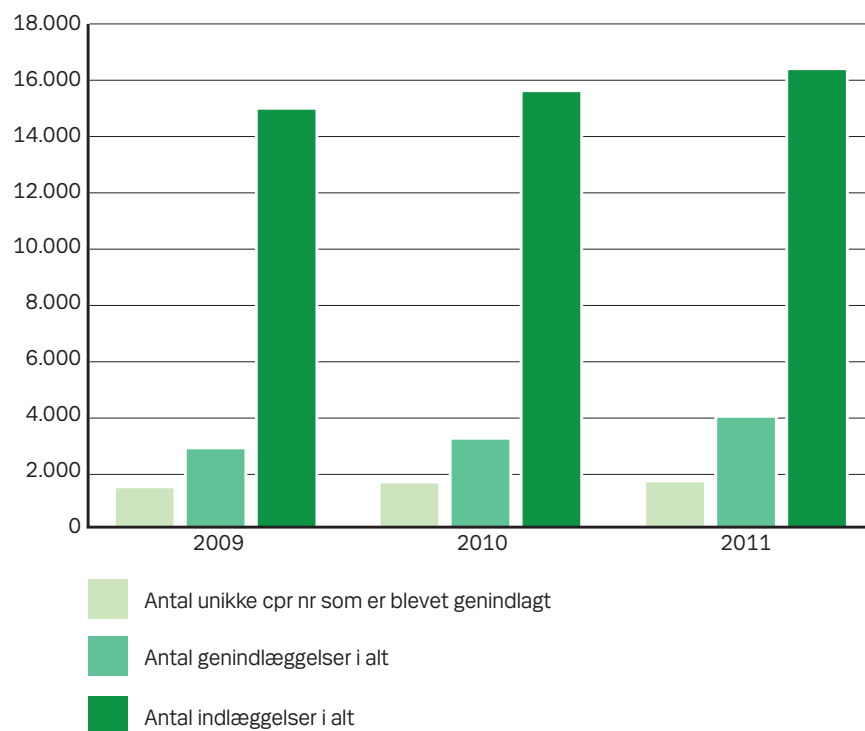
Der er efteråret 2012 nedsat en tværgående udviklingsgruppe på psykiatriområdet. Det forventes, at gruppen afholder sit første møde inden udgangen af 2012. Udviklingsgruppen vil blive ansvarlig for at arbejde systematisk med målene i sundhedsaftalen. Under de overordnede målsætninger er der også defineret en række indsatsområder; implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne mellem kommunerne og regionen, rehabilitering, medicinering, særligt udsatte patienter, beskæftigelsesindsats, tidlig opsporing og behandling, samt fysisk sundhed for psykisk syge. Udviklingsgruppen vil også blive ansvarlig for arbejdet med disse, og der har allerede lokalt været arbejdet med projekter på mange af indsatsområderne. Projekter og initiativer på de enkelte områder gennemgås nedenfor. De nye samordningsudvalg vil på de kommende møder skulle drøfte status på disse initiativer og projekter.

Endelig er der udarbejdet ledelsesinformation, som giver overblik over udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter, udviklingen i antal indlæggelser og genindlæggelser samt udvikling i indlæggelsestiden, jf. figur 3, 4 og 5.

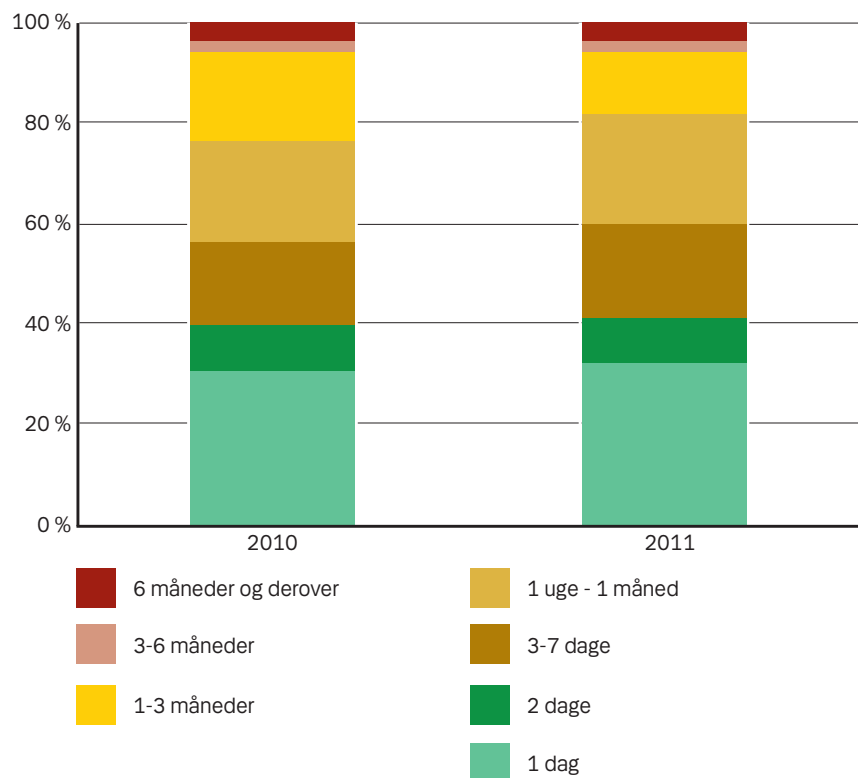
Figur 3. Antal dage/indlæggelser med afregning for færdigbehandling i psykiatrien



Figur 4. Genindlæggelser i psykiatrien



Figur 5. Procentvis fordeling af patienter på indlæggelsestider i psykiatrien 2010-2011



Implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne (mål 1)

Det tidligere Psykiatriens samordningsudvalg har drøftet behovet for at gennemføre audits i forhold til anvendelsen af samarbejdsaftalerne i det daglige arbejde i hhv. kommuner og psykiatriske centre. Til brug for dette arbejde er der forslag om at udarbejde en auditguide - en opgave, der fortsat udestår, men som vil kunne varetages af den kommende tværsektorielle udviklingsgruppe vedr. psykiatri.

Der skal desuden udarbejdes en beskrivelse af opgavefordelingen mellem hhv. kommuner/almen praksis/privatpraktiserende speciallæger og Region Hovedstadens Psykiatri. Denne opgave udestår fortsat, men vil med fordel kunne varetages af den kommende udviklingsgruppe vedr. psykiatri.

Rehabilitering af mennesker med sindslidelse (mål 2)

Psykiatrisk Center København og Københavns Kommune evaluerer aktuelt et pilotprojekt om IMR (Illness Management and Recovery). IMR er et struktureret og systematiseret undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram, der er udviklet til at hjælpe mennesker med alvorlige sindslidelser med at erhverve sig viden om og udvikle strategier til at mestre den psykiske lidelse samt opsætte individuelle og meningsfulde mål for tilværelsen. Når der foreligger resultater, vil disse blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning om en generel implementering.

Særligt udsatte patienter

Særligt udsatte patienter dækker over følgende undergrupper; sindslidende med misbrug, sindslidende med kriminalitet/dom til behandling, sindslidende som er svære at fastholde i behandling og hjemløse med sindslidelser.

Der er iværksat en række konkrete projekter i forhold til disse målgrupper, herunder flere projekter med fokus på dobbeltdiagnoser, gadeplansteam til hjemløse i Københavns Kommune, psp-samarbejder (politi-socialle myndigheder-psykiatri) mv. Når der foreligger resultater for projekterne, vil de blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning om en generel implementering.

Beskæftigelsesindsatsen

Region Hovedstadens Psykiatri og Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland, der er en myndighed under Beskæftigelsesministeriet, har indgået en samarbejdsaftale med henblik på at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og jobcentre. Der har været afholdt en fælles konference, og der udarbejdes aktuelt et koncept for undervisningsmoduler for medarbejdere i jobcentre og psykiatrien med henblik på gensidig opkvalificering af viden om begge systemer samt netværksdannelse.

Der er desuden iværksat konkrete projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem jobcentre og Region Hovedstadens Psykiatri, herunder et projekt med støtte fra 50 mio. kr. puljen vedr. tidlig opsporing af unge med tilknytning til jobcentre, hvor der samtidig er mistanke om psykisk lidelse.

Tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelse

Der er indsendt ansøgning om midler til et projekt, der skal tilvejebringe evidens for, om shared care i form af collaborative care kan anvendes med effekt i dansk kontekst i forhold til patienter med angst og depression.

Der er også iværksat telefonrådgivning fra psykiatriske centre til praktiserende læger i forhold til patienter med spiseforstyrrelser og dobbeltdiagnoser. Endelig er der et projekt i gang om tidlig opsporing i et samarbejde mellem Rigshospitalet, Københavns Kommune og Ballerup Kommune om på et tidligt tidspunkt at spotte adfærd, der giver mistanke om en psykisk lidelse samt at få iværksat behandling så tidligt som muligt i forløbet.

Når der foreligger resultater, vil disse blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning i Den administrative Styregruppe om generel implementering.

Fælles videndeling og kompetenceudvikling

Der udestår en opgave med at sætte fokus på videndeling. Denne vil med fordel kunne varetages af den tværgående udviklingsgruppe. Opgaven omfatter afdækning af det konkrete behov for fælles videndeling og kompetenceudvikling og på den baggrund iværksættelse af tværgående initiativer, f.eks. "fælles skolebænk" på psykiatriområdet, temadage mv.

Fysisk sundhed for psykisk syge

Region Hovedstadens Psykiatri har sat fokus på arbejdet med fysisk sundhed hos psykisk syge og vil bl.a. styrke den somatiske udredning i akutmodtagelserne, under indlæggelse og i den ambulante psykiatri. Der arbejdes med planer i forhold til KRAM faktorer og det metaboliske syndrom. Udviklingen af den tværsektorielle indsats i forhold til denne målsætning vil blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne.

Medicinering

Som supplement til indsatsområdet medicin, der varetages i udviklingsgruppen vedr. medicin, er der på psykiatriområdet behov for at udvikle samarbejdet mellem kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis, i forhold til udveksling af viden om rationel medicinanvendelse, bivirkninger og korrekt medicinadministration.

Der er generelt et meget skærpet fokus på medicinering af mennesker med psykisk sygdom, herunder i forhold til patienter med ophold i botilbud. Der vil være et afledet behov for at styrke samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og personalet på botilbud om medicinadministration.

Konkretisering af et eventuelt undervisningsbehov vedr. medicinering udstår fortsat men vil kunne varetages af udviklingsgruppen, da der er tale om et generelt og regionsdækkende behov.

Fokusområder i 2013 og frem

Når udviklingsgruppen vedr. psykiatri er nedsat, bør gruppen gennemgå målene med henblik på at tilrettelægge indsatser, der understøtter målsætningerne.

Et oplagt indsatsområde for resten af aftaleperioden vil være, at se på hvordan en helhedsorienteret indsats omkring det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb fremmes (3,4), samt hvordan fysisk træning og sundhedsfremme kan indarbejdes i en helhedsorienteret strategi.

Et andet potentielt indsatsområde vil være at sætte fokus på behandling og udredning af borgere med lettere psykiske lidelser, med henblik på at undgå udstødelse fra arbejdsmarkedet.

9. Svangreomsorg

Mål

1. At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler
2. At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger

Arbejdsdeling (mål 1)

Der blev i efteråret 2011 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som fik til opgave at udarbejde en konkret operationel ramme for arbejdsdelingen mellem parterne for alle typer fødsler, herunder hjemmefødsler og ambulante fødsler, så det sikres, at der i alle tilfælde sker den fornødne opfølgning fra jordemoder, sundhedsplejerske og almen praksis.

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til videreudvikling af samarbejdet mellem fødestedet, den kommunale sundhedspleje og almen praksis for at styrke den faglige synergi generelt og i særlig grad i forhold til fortsat udvikling af den indsats, som rettes mod sårbare gravide, dvs. gravide/barslende kvinder med medicinske, sociale eller psykologiske problemstillinger.

Arbejdsgruppen afventer i øjeblikket, at Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen bliver offentliggjort, da disse sandsynligvis har en karakter, som gør yderligere konkretisering overflødig.

Der er i efteråret 2011 udgivet en pjece, som – for første gang – samler alle relevante oplysninger og tilbud under graviditet, fødsel og barsel på tværs af regionen.

Styrket indsats for udsatte grupper (mål 2)

I 2012-2014 er der afsat midler fra 50 mio. kr. puljen til opfølgende hjemmebesøg efter fødslen hos socialt udsatte kvinder i gruppe 3 og 4.

I Region Hovedstadens budget for 2013 er der afsat midler til at gennemføre de sidste anbefalinger i fødeplanen, hvilket også kommer de sårbare grupper til gode. Herudover er der afsat 4,5 mio. kr. til fødselsforberedelse i mindre hold til alle gravide.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i de kommende år være relevant at følge udviklingen på hele fødeområdet og samarbejdet mellem parterne på området, herunder udviklingen i antal af genindlæggelser af nyfødte.

Såfremt Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger giver anledning til yderligere indsatser, vil arbejdsgruppen tage fat på dette.

10. Børn

Mål

1. At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer

Udvikling af samarbejdsmodel (mål 1)

Der er i foråret 2012 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe under udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet, som har arbejdet med at udvikle og udarbejde en dataanalyse af forekomsten af livsstilsrelaterede sygdomme hos børn. Herudover har gruppen haft fokus på at opstille indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospitalerne for livsstilsrelaterede sygdomme. Resultatet af gruppens arbejde forventes at kunne samles i en rapport ultimo 2012.

På lokalt plan er der blandt andet med støtte fra Forebyggelsespuljen gennemført et tværsektorielt projekt om samarbejdsmodel vedr. overvægtige skolebørn mellem Hillerød Hospital og Rudersdal og Helsingør Kommuner. Projektet udvides nu til også at omfatte Frederiksberg Kommune.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil med afsæt i resultaterne af arbejdsgruppens dataanalyse og ud fra erfaringer med de igangværende projekter være fokus på udvikling af en samarbejdsmodel vedrørende børn.

11. Komplekse udredningsforløb

Mål

1. I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling

Komplekse udredninger (mål 1)

For mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer vil forløbsprogrammerne inden for få år betyde mere strømlinede udredningsforløb. Der vil imidlertid fortsat være mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, som ikke vil være omfattet af forløbsprogrammerne. Det gælder f.eks. borgere med whiplash (piskesmæld), fibromyalgi eller andre svært diagnosticerbare sygdomme. For disse grupper af borgere gælder, at de ofte gennemgår en langvarig, kompliceret og til tider ukoordineret udredningsproces, inden der stilles en korrekt diagnose og indledes relevant behandling.

I Sundhedsaftalen er det derfor aftalt, at der skal igangsættes et eller flere projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling.

Fokusområder 2013 og frem

Arbejdet med målsætningen forventes i at blive igangsat i 2013. Det indledende arbejde på dette nye område i sundhedsaftalen har vist, at der er behov for en kortlægning af eksisterende viden og tilbud. Det forventes derfor, at der i foråret 2013 gennemføres et pilotprojekt, der skal skabe grundlag for at iværksætte relevante, gennemførlige og virksomme initiativer i forhold til at afkorte komplekse, langvarige udredningsforløb.

12. IT, elektronisk kommunikation og teknologi

Mål

1. Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten
2. Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
3. At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT-understøttes
4. At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi, og at der gennemføres tværsektorielle forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger
5. At der sker indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse
6. At sikre, at eksisterende og kommende MedCom-standarder implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten
7. At konsolidere nuværende aktiviteter – herunder monitorering af fremdrift
8. At styrke elektronisk kommunikation i psykiatrien
9. At sikre den tværsektorielle implementering af det "Fælles Medicin Kort" (anvendelsen håndteres særskilt i afsnittet vedrørende Medicin)
10. At implementere elektroniske fødselsanmeldelser og vandrejournaler

Samarbejdsstruktur (mål 1)

Udviklingsgruppen for IT og informationsudveksling varetager det overordnede samarbejde om den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten. IT-udviklingsgruppen har som sit primære formål at sikre, at de nationale MedCom standarder til kommunikation mellem parterne i sundhedstrekanten implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation. IT-udviklingsgruppen står for udarbejdelse af årlige forslag til en samlet tids- og handleplan for implementering af den IT-baserede kommunikation mellem parterne.

For at styrke implementeringen af tværsektoriel elektronisk kommunikation på de enkelte hospitaler, i de enkelte optagekommuner og i almen praksis, er der nedsat et IT-samordningsudvalg (IT-SOU) for hvert af de 4 planområder samt for psykiatrien. IT-samordningsudvalgene refererer til samordningsudvalgene under Den administrative Styregruppe.

Elektronisk kommunikation (mål 2,3,6,9,10)

Allerede i dag sker en stor del af kommunikationen mellem hospitaler, kommuner og praksis sektoren elektronisk. Således sendes godt 90 % af henvisningerne fra de praktiserende læger til hospitalerne elektronisk. Fra hospitalerne fremsendes 84 % af epikriserne til de praktiserende læger elektronisk.

Den elektroniske genoptræningsplan (GOP) er indført i hele sundhedstrekanten. Kommunerne modtager således genoptræningsplanerne elektronisk fra hospitalerne, og de alment praktiserende læger har læseadgang til disse.

De alment praktiserende læger kan sende elektroniske henvisninger (Ref01) til kommunale forebyggelsestilbud, og de fleste kommuner kan modtage disse. Også hospitalerne kan sende elektroniske henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.

Efteråret 2012 er de fire elektroniske MedCom standarder (fælles nationale standarder) omkring tværsektoriel kommunikation ved indlæggelse og udskrivning samt korrespondance meddelelsen ved at blive udrullet på regionens hospitaler og kommunerne i hovedstadsregionen. Der er tale om følgende tværsektorielle kommunikationsredskaber:

- indlæggelsesrapport fra kommuner til hospital
- plejeforløbsplan fra hospital til kommune
- melding om færdigbehandling fra hospital til kommune
- udskrivningsrapport fra hospital til kommune
- korrespondancemeddelelsen til patientrelateret kommunikation, der ikke dækkes af de øvrige standarder - mellem hospital, kommuner og almen praksis

Region Hovedstaden har implementeret det Fælles Medicin Kort (FMK) på samtlige hospitaler, men grundet tekniske problemer med FMK er anvendelsen pt. sat i bero. Ca. 1/3 af de praktiserende læger har ibrugtaget FMK.

Der er udarbejdet en MedCom standard "Den Gode fødselsanmeldelse" til fremsendelse af elektroniske fødselsanmeldelser fra hospitaler til kommuner. Samtlige kommuner i hovedstadsregionen er teknisk og organisatorisk klar til at modtage den elektroniske fødselsanmeldelse. Regionen forventer at opstarte den tekniske implementering i slutningen af 2012 og pilotteste primo 2013.

I regi af MedCom arbejder kommuner, regioner og praksissektor sammen om at udvikle og implementere en national standard for deling af kronikerdata. Lokalt arbejdes der med udvikling af en tværsektoriel klinisk kvalitetsdatabase (rehabiliteringsdatabase), som kvalitetsmonitorerer den tværsektorielle rehabiliteringsindsats blandt borgere med kronisk sygdom.

Der er også i regi af MedCom nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal kortlægge kommunikationsbehovet i psykiatrien, samt de opgaver der er forbundet med udbredelse og anvendelse på psykiatriens område, såvel regionalt som kommunalt. Herunder er det også målet at få klarhed over evt. ændringsbehov af eksisterende MedCom standarder, så de bliver anvendelige på psykiatriens område. Region Hovedstaden og 3 kommuner fra hovedstadsregionen deltager i dette arbejde.

Telemedicin (mål 4,5)

Region Hovedstaden er ved at etablere et Center for Telemedicin. Foruden kortlægning og dokumentation af de organisatoriske og sundhedsfaglige effekter af telemedicin, skal centeret tillige stå for opgaven med en systematisk tværsektoriel kortlægning over telemedicinske løsninger og projekter i hovedstadsregionen. Det er også dette center, der i samarbejde med de øvrige parter i sundhedstrekanten, vil stå for at udarbejde en tværsektoriel strategi for udnyttelse af muligheder i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi samt tværsektorielle forsøg med anvendelse af nye teknologiske muligheder.

Monitorering (mål 7)

For at sikre fremdrift og konsolidere indsætterne med indførelse af elektronisk kommunikation i sundhedstrekanten monitorerer Region Hovedstaden i dag på anvendelse af elektronisk kommunikation inden for:

- epikriser fremsendt til praktiserende læger - andel og rettidighed
- udskrivelses-adviser fra hospital til kommuner - andel og rettidighed
- henvisninger fra praktiserende læger til hospitaler - andel

Det er planlagt, at der også skal monitoreres på elektroniske genoptræningsplaner og bookingsvar fra hospitaler til praktiserende læger. I forbindelse med udrulning af de 4 MedCom standarder vedrørende indlæggelser og udskrivning samt korrespondance meddelelsen, er det mellem regionen og kommunerne aftalt, at der ligeledes skal monitoreres på anvendelse og rettidighed.

I regi af Danske Regioner, er der udarbejdet én fælles regional skabelon for monitorering af anvendelsen af Det Fælles Medicin kort på regionalt niveau. Region Hovedstaden er klar til at anvende denne skabelon til monitorering, så snart Det Fælles Medicin kort startes op igen.

Fokusområder i 2013 og frem

Det vil være et fokusområde at sikre evalueringen af implementering af Kommunikationsaftalen og de nye MedCom-standarder til elektronisk kommunikation ved indlæggelser og udskrivinger af borgere. Det er i den sammenhæng vigtigt, at der fokuseres på konsolidering og monitorering af fremdrift i anvendelsen på det somatiske område, inden der arbejdes videre med implementering på det psykiatriske område (8).

I forhold til Det Fælles Medicinkort vil der i 2013 og frem være fokus på at følge udviklingen omkring ibrugtagning.

Et andet oplagt fokusområde kunne være, at der i tværsektorielle projekter om anvendelse af nye teknologiske løsninger er fokus på, hvordan overdragelse af opgaver fra hospital til kommuner og praksissektor planlægges, styres og aftales.

13. Hygiejne

Mål

1. Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne
2. Der indgås senest i 2012 samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen

Hygiejnerådgivning (mål 1)

Regionsadministrationen har udarbejdet et forslag vedr. konkretisering af den rådgivning, som regionen vederlagsfrit kan tilbyde kommunerne på hygiejneområdet (minimumsmodellen). Forslaget blev godkendt af Den Administrative Styregruppe i september 2011. Formålet med rådgivningen er, at understøtte kompetenceudviklingen i kommunerne i relation til en hensigtsmæssig håndtering af det infektionshygiejniske område.

Rådgivningen fokuseres omkring infektionshygiejne og multiresistente mikroorganismer - og vil helt overvejende blive ydet gennem netværksmøder og korte kursusforløb. Rådgivningen er målrettet centrale aktører i de kommunale hygiejneorganisationer - og kommunerne kan stille med to personer, så der er mulighed for at dække såvel "børn" som "ældre og handicapområdet". Det er afgørende, at der er ledelsesmæssig opbakning til at bruge tid på at videreformidle den indhøstede viden i egen organisation.

I efteråret 2012 er der gjort status over rådgivningen. Data er indsamlet gennem en drøftelse med netværkspersoner fra hospitalerne og en online spørgeskema-undersøgelse blandt social- og sundhedschefer i kommunerne. 20 ud af 29 kommuner deltog i undersøgelsen, som viser, at regionens vederlagsfri rådgivning understøtter kompetenceudviklingen i kommunerne på det infektionshygiejniske område.

Evalueringen peger dog også på nogle udviklingstiltag. Der er således en del kommuner, som ikke deltager i netværksmøderne med aktører fra både børneområdet og ældre-/handicapområdet. Der er ligeledes flere kommuner, der ikke har en fast procedure for videreformidling af ny viden fra hygiejnenetværkene. Evalueringen peger endvidere på, at der er behov for fokus på hospitalernes formidling af oplysninger omkring håndtering af smitsom sygdom i forbindelse med udskrivninger. Endelig giver flere kommuner og hospitaler udtryk for, at der kan være behov for rådgivning, der rækker ud over minimumsmodellen.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil være fokus på konsolidering af samarbejdet på hygiejneområdet. Herudover skal det drøftes, om der skal ske udvikling af rådgivningsmodellen, som giver mulighed for, at kommunerne kan tilkøbe ydelser.

14. Patientsikkerhed

Mål

1. Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange
2. At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser
3. At sikre, at regionens erfaringer fra arbejdet med utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en fælles kompetenceudvikling i alle sektorer

Arbejdet med patientsikkerhed er forankret i udviklingsgruppen for utilsigtede hændelser. Udviklingsgruppen blev nedsat i 2011 med det formål at sikre koordineret læring og erfaringsopsamling vedrørende utilsigtede hændelser.

Ramme for samarbejdet (mål 1,2)

Udviklingsgruppen har udarbejdet en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange. Rammen for samarbejdet blev godkendt i marts 2012 og er i store træk implementeret. Tilbagemeldingerne omkring udbyttet af dialog omkring tværsektorielle utilsigtede hændelser generelt og dialog om de mere lavpraktiske udfordringer er positive. Og det er den generelle vurdering, at organiseringen af samarbejdet danner en god ramme for identificering af risici og forbedring af kvalitet og sikkerhed.

Samarbejdet med almen praksis blev ikke medtaget i den ovennævnte ramme. I stedet blev det aftalt, at der skulle arbejdes videre med et tillæg til rammen vedrørende almen praksis.

Udviklingsgruppen har på den baggrund udarbejdet et forslag til en organisering, hvor de tværsektorielle patientsikkerhedsfora, der skal nedsættes under hvert samordningsudvalg tænkes en central rolle. Etableringen af disse fora er imidlertid ikke endeligt på plads under alle samordningsudvalg, og udviklingsgruppen har derfor indstillet at konsolidere den allerede aftalte organisation, inden den udvides med almen praksis.

Kompetenceudvikling (mål 3)

Der er afholdt to workshops for risikomanagere i region og kommuner og efterfølgende etableret et tværsektorielt netværk, som har haft første møde.

De to workshops var præget af problemer med rapporteringsdatabasen. Men netværksmødet, som initierede erfaringsudveksling af konkrete problemer, fik meget fin evaluering. Udvalgte risikomanagere fra kommunerne har desuden været inviteret til et todages seminar om kerneårsagsanalysemetoden med henblik på, at kommuner og region i fællesskab videreudvikler metoden til tværsektoriel brug.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i 2013 være fokus på at konsolidere organiseringen af det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde samt i projektform at afprøve forskellige former for samarbejde om utilsigtede hændelser mellem almen praksis og kommuner.

De afprøvede projekter vil derefter skulle bruges som erfaringsgrundlag til en beslutning om organisering af patientsikkerhedsarbejdet mellem kommune og almen praksis samt i forhold til utilsigtede hændelser, hvor alle tre sektorer er involveret.

15. Medicinering

Mål

1. At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)
2. At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)
3. At sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift
4. At forebygge utilsigtede hændelser (UTH) og unødvendige genindlæggelser som følge af medicineringsfejl
5. At alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i behandling, udveksler og har let adgang til tidstro opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering

Samarbejdsmodel på medicinområdet (mål 1)

Der er i sommeren 2012 nedsat en tværsektoriel udviklingsgruppe, som skal udvikle og understøtte medicinområdet i et tværsektorielt perspektiv.

Udviklingsgruppens opgaver er:

- At beskrive arbejdsgange og bidrage til udvikling af aftaler vedr. dosisdispensering, evt. som et supplement til kommunikationsaftalen vedr. indlæggelser og udskrivninger
- At skabe overblik over eksisterende metoder til medicingennemgang og medicinsaning, både hos borgere, som bor i eget hjem og hos borgere i kommunale botilbud
- At præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektoren og kommunerne med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation
- At beskrive regionens generelle rådgivningsforpligtelse

Det fælles medicinkort (mål 2)

Udviklingsgruppen har ikke aktuelt en opgave i forhold til Fælles Medicinkort (FMK), men kan - ifølge kommissoriet - få det på bestilling fra Den Administrative Styregruppe, når FMK udrulles i 2013. I øjeblikket har udviklingsgruppen for it og informationsudveksling denne opgave. For beskrivelse af status se kapitel 12.

Medicinering og utilsigtede hændelser (mål 3,4,5)

Der er nedsat to underarbejdsgrupper, som skal udarbejde oplæg vedr. opgaverne relateret til dosisdispensering og medicingennemgang. Udviklingsgruppen forventer at formulere indstillinger vedr. potentielle indsatser på medicinområdet i maj 2013.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i resten af aftaleperioden være fokus på, at udviklingsgruppen generelt får taget fat på arbejdet med målsætningerne på medicinområdet samt koordinere viden og indsats i forhold til implementering af Fælles Medicin Kort, idet fælles viden om patienter og borgers medicin er en forudsætning for gode og sikre forløb. Implementering af Fælles Medicin Kort samt at følge udviklingen er et prioriteret indsatsområde.

16. Ulighed i Sundhed

Mål

1. At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt
2. At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud
3. At der i aftaleperioden iværksættes yderligere tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed

Sundhedsprofilen (mål 1,2)

Arbejdet med ulighed i sundhed går på tværs af de enkelte indsatsområder. Det er et væsentligt element i forhold til regionens rådgivningsforpligtigelse, men også inden for en række andre områder er der stort fokus på ulighedsdimensionen - herunder i arbejdet med forløbsprogrammerne.

Som en del af regionens rådgivningsforpligtigelse overfor kommunerne er det aftalt, at der skal udarbejdes en sundhedsprofil. Der er foreløbigt udarbejdet to sundhedsprofiler (2007 og 2010). Den næste sundhedsprofil udarbejdes i 2013 og bliver offentliggjort i første halvår af 2014.

At udarbejdelsen af sundhedsprofilen gentages med nogle års mellemrum betyder, at man kan følge udviklingen i borgernes sundhedstilstand over tid. Den kan dermed anvendes i forbindelse med vurdering af regionale og kommunale indsatser på sundhedsområdet - herunder i forhold til vurdering af indsatser, som iværksættes med henblik på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Der er igangsat en lang række projekter, der har direkte fokus på den sociale ulighed og særligt sårbare grupper. I kronikerprogrammets projekt om forløbskoordination er målgruppen bl.a. særligt sårbare demente. Der er ligeledes med støtte fra Region Hovedstadens pulje til udsatte borgere iværksat bilaterale projekter i 2012 om udvikling af forløbsprogram for borgere med multisygdom og en model for shared-care i forhold til patienter, der har både psykisk og somatisk sygdom.

Også samarbejdsprojekter i forhold til mennesker med dobbelt diagnoser (misbrug/psykiatri) har i 2012 opnået støtte via Region Hovedstadens pulje til udsatte borgere.

I forhold til forløbsprogrammerne vil der på baggrund af den forestående evaluering blive udarbejdet forslag til konkrete initiativer, der kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammerne.

Fokusområder i 2013 og frem

Der er behov for, at der arbejdes systematisk med at få indsamlet erfaringer fra de mange igangværende projekter. Herigennem skal der opnås mere viden om hvilke indsatser, der virker i forhold til forebyggelse af den sociale ulighed i sundhed. Evalueringen af forløbsprogrammerne vil kunne bidrage til denne kortlægning. Herudover er det relevant at få iværksat tværsektorielle forskningsaktiviteter på området (3).

17. Forskning

Mål

1. At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses-, behandlings- og genoptræningstilbud
2. At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område

Organisatorisk ramme for forskningssamarbejde (mål 2)

Der i regi af den administrative styregruppe arbejdet med udvikling af forslag til etablering af en organisatorisk ramme for samarbejdet mellem kommuner og Region Hovedstaden om forskning inden for sundhedsaftalens område. Forslaget indebærer, at samarbejdet bygges op og udvikles gennem såkaldte "forskningscirkler", der understøttes ved etablering af en tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed.

For at understøtte arbejdet i forskningscirklerne og sikre den videre formidling og implementering af cirklernes arbejde, skal der etableres en tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed (TFI) med forsknings- og generalistkompetencer. Forskningsenheden skal facilitere de forskellige faser i forskningscirklernes arbejde og sikre, at forskningsresultater videreformidles til relevante institutioner og aktører. Der er i Region Hovedstadens budget for 2013 afsat midler til etablering af den tværsektorielle forsknings- og implementeringsenhed.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil være fokus på implementering af den tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed. Herunder på igangsættelse af forskningscirkler og fælles forskningsprojekter, der understøtter mål 1.

18. Fremtidige fokusområder

Region Hovedstaden og kommunerne har gennem de seneste to år arbejdet målrettet med udvikling og konkretisering af de fælles målsætninger, der er aftalt i Sundhedsaftalen for 2011-2014.

Denne Midtjysstatus viser, at parterne - inden for en lang række områder - er kommet langt med at udvikle og implementere tilbud og aktiviteter, der understøtter koordination, kvalitet og sammenhæng i mellem sundhedstilbuddene. På trods af den store indsats er der imidlertid fortsat borgere, som ikke oplever en tilstrækkelig grad af sammenhæng mellem de kommunale og regionale sundhedstilbud.

Sundhedsvæsenet vil også i de kommende år stå over for store udfordringer. Den demografiske udvikling betyder, at der vil blive flere ældre mennesker, og flere mennesker vil få en kronisk sygdom. Det betyder stigende efterspørgsel på sundhedstilbud, mens de økonomiske muligheder for vækst i sundhedsvæsenet vil være stærkt begrænsede.

Den igangværende evaluering af strukturreformen kan resultere i både ændret opgavefordeling og skærpede krav til samarbejdsformerne. Der er ligeledes varslet en revision af bekendtgørelse og vejledning for sundhedsaftalerne, og herigennem kan der også opstå nye krav til samarbejdet om sundhedsaftalerne.

De præcise rammer for det fremtidige samarbejde omkring sundhedsaftalerne kendes derfor ikke. Men mange af udfordringerne kender vi.

Arbejdet med den næste generation af sundhedsaftaler må derfor gå ad flere samtidige spor. Der er behov for et stort og fortsat fokus på konsolidering og videreudvikling af den nuværende sundhedsaftale. Samtidig skal fokus rettes mod nytænkning og nye innovative løsninger.

Afprøvning af samarbejdsmodeller

Der må arbejdes på at sikre synergi og sammenhæng mellem kommunernes og almen praksis' nære sundhedstilbud og tilbuddene inden for sygehusvæsenet. Der skal derfor sættes fokus på afprøvning af samarbejdsmodeller.

Der er allerede igangsat en række projekter, hvor nye samarbejdsmodeller afprøves, blandt andet med fokus på rehabilitering og forebyggelse af indlæggelser gennem en tidlig, fælles indsats. Der er således igangværende udviklingsprojekter om bl.a. udgående akut-funktioner, forløbskoordination og fælles udredningsenheder.

Den innovationstænkning bør fortsættes - og udbredes til flere indsatsområder i den næste generation af Sundhedsaftaler.

Opgaveoverdragelse

Sundhedsvæsenet udvikles løbende. Forandringer hos én part får betydning for de øvrige parter opgaveoverdragelse. Der vil derfor også i de kommende år være behov for, at opgaveoverdragelse finder sted planlagt, styret og aftalt. Udviklingen skal monitoreres tæt, blandt andet gennem audits.

Herudover er det relevant at drøfte, om arbejdet med en koordineret opgaveoverdragelse med fordel kan understøttes mere systematisk - f.eks. gennem flere fælles kompetenceudviklingsprogrammer.

IT-området

Der er i arbejdet med de nuværende sundhedsaftaler et stort fokus på at forbedre muligheden for hurtig og sikker udveksling af data. Herunder er der lagt mange ressourcer i arbejdet med implementering af nationale standarder for it-understøttelse. Der er imidlertid fortsat store udfordringer i forhold til udveksling af data på tværs. Der vil derfor også fortsat være behov for at fokusere på, hvordan dataudveksling håndteres til størst mulig gavn på tværs af sektorerne.

Praksisområdet

Almen praksis er ikke formel aftalepart i forhold til sundhedsaftalerne. Uden et tæt og koordineret samarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis kan der imidlertid ikke skabes koordination og sammenhæng. Almen praksis har derfor en helt central rolle i arbejdet omkring sundhedsaftalerne.

Med godkendelse af Plan for Sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem hospitaler, kommuner og almen praksis blev der i 2012 taget et væsentligt skridt i retning af at sikre en tættere integration mellem parterne. Dette fokusområde bør derfor fastholdes i de kommende sundhedsaftaler. Samtidig er der behov for at drøfte hvilke andre redskaber, der kan bruges i arbejdet for at sikre en tættere kobling mellem udviklings tiltag i almen praksis, kommunerne og på hospitalerne.

Der er herudover behov for at inddrage andre dele af praksisområdet i arbejdet med sundhedsaftalerne. F.eks. har de privat praktiserende psykiatere en stor rolle at spille i relation til indsatser omkring tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser.

Ulighed i sundhed

Sundhedsprofilerne viser, at der fortsat er en stor social ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed er beskrevet som et særligt indsatsområde, men det er også et centralt tema under andre indsatsområder. Forløbsprogrammerne, indsatser i forhold til den ældre medicinske patient og hele indsatsen for mennesker med sindslidelser har fokus på særligt udsatte borgere.

I det videre arbejde er der stort behov for at få afdækket, hvilke tiltag der er virksomme i forhold til at sikre mere lighed i sundhed. Forløbsprogrammer for multi-sygdom og mennesker med sindslidelser kan være et vigtigt aspekt heri. Men i arbejdet med at fremme social lighed i sundhed bør der også tænkes i indsatser og samarbejder, der rækker udover sundhedsvæsenet.

Patientperspektivet

Den nuværende sundhedsaftale har grundlæggende et systemperspektiv. Hermed menes, at sundhedsaftalerne overvejende beskriver samarbejdet mellem de fagprofessionelle inden for de forskellige sektorer.

Brugerperspektivet er inddraget, men primært gennem beskrivelser af retningslinjer for de fagprofessionelles kommunikation med borgeren.

I forhold til næste generation af sundhedsaftaler bør vi derfor drøfte, hvordan bruger- og pårørendeperspektivet får en mere fremtrædende plads. Herunder bør drøftes, hvordan brugere og pårørende kan involveres direkte i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Et særligt fokus bør rettes på at sikre direkte inddragelse af særligt sårbare grupper.



NOTAT

Til: Udvalget for tværsektorielt samarbejde

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38 66 60 80
Web www.regionh.dk

Træffetid:
man-tor kl 8-16, fre kl. 8-14

Journal nr.: 14002151
Ref.: lisbon

Dato: 2. juni 2014

Høringssvar: Politiske visioner og mål for sundhedsaftalen

På vegne af Sundhedsudvalget vil jeg gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til den politiske del af den kommende sundhedsaftale.

Sundhedsudvalget har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Indledningen: Flere medlemmer reagerede på begrebet ”laveste effektive omkostningsniveau”. Er det muligt at forklare begrebet eller beskrive det med andre ord?

Sammenhæng og kvalitet (side 4): Sundhedsudvalget vil gerne opfordre til at man overvejer at tilføje en politisk målsætning, nemlig:

4. At borgeren overdrages fra person til person ved sektorovergange.

Indsatser i aftaleperioden (side 5): ”Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og – standarder...” – her savnes en tydeliggørelse af at dette skal være koordineret med eksisterende dataindsamling, så dokumentationsbyrden bliver så lille som muligt.

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne (side 7): Her savner udvalget en tydeliggørelse af at det også drejer sig om pårørende. Det gælder både i overskriften og i den politiske målsætning 6.

Lighed i sundhed (side 9): Sundhedsudvalget foreslår at den politiske målsætning 7 ændres til: ”at borgere med psykisk sygdom får tilbudt samme kvalitet i behandlingen af deres somatiske lidelser som borgere der ikke er psykisk syge”.

Under *Nye og bedre samarbejdsformer* (side 11) savner Sundhedsudvalget en fremhævelse af fælles sundhedshuse som et væsentligt initiativ.

På vegne af Sundhedsudvalget.

Karin Friis Bach
Formand for Sundhedsudvalget

Formand

Kræftudvalget

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 3866 5000
Direkte 3866 6020
Fax 3866 5199
Mail csu@regionh.dk

Ref.: rikoer
Journal nr. 14004009

Dato: 27. maj 2014

Til Udvalget for Tværsektoriel Samarbejde

På vegne af Kræftudvalget vil jeg gerne takke for muligheden for at komme med bemærkninger til den politiske del af den kommende sundhedsaftale.

Helt overordnet kan vi tilslutte os de fire visioner, som danner grundlag for den politiske del af sundhedsaftalen. Vi har i Kræftudvalget selv fokus på de nævnte områder og finder det vigtigt, at der arbejdes fokuseret og struktureret med dem.

Et af de områder, vi har særlig opmærksomhed rettet mod i Kræftudvalget, er det tværsektorielle samarbejde om kræftpatienter. Kræftsygdom er desværre oftest langvarig, og kræftpatienter har derfor ofte kontakt til både egen læge, hospital og kommune i en længere periode.

Det stiller store krav til samarbejdet mellem de forskellige sektorer og sundhedsprofessionelle, og det er vigtigt med klare aftaler og rammer for at sikre, at patienterne får et sammenhængende sundhedstilbud.

Vi finder det derfor vigtigt, at forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation for kræftpatienter vil blive indarbejdet i den administrative del af sundhedsaftalen, idet et fokus på området i sundhedsaftalen vil understøtte det arbejde, der allerede pågår og sikre, at de involverede parter indgår i et forpligtende samarbejde.

På vegne af Kræftudvalget

Mette Abildgaard
Formand for Kræftudvalget

Punkt nr. 5 - Mødeplan for 2015

Bilag 1 - Side -1 af 2

Udkast til mødeplan for udvalgene for 2015

Udvalg	SUNDHEDSUDVALGET	KRÆFTUDVALGET
Dato og klokkeslæt	13-01-2015, kl. 13 - 15	13-01-2015, kl. 15.15 -17.15
	17-02-2015, kl. 13 - 15	17-02-2015, kl. 15.15 -17.15
	17-03-2015, kl. 13 - 15	17-03-2015, kl. 15.15 -17.15
	28-04-2015, kl. 13 - 15	28-04-2015, kl. 15.15 -17.15
	26-05-2015, kl. 13 - 15	26-05-2015, kl. 15.15 -17.15
Dato reserveret !!	22-06-2015, kl. 13 - 15	22-06-2015, kl. 15.15 -17.15
	01-09-2015, kl. 13 - 15	01-09-2015, kl. 15.15 -17.15
	29-09-2015, kl. 13 - 15	29-09-2015, kl. 15.15 -17.15
	28-10-2015, kl. 13 - 15	28-10-2015, kl. 15.15 -17.15
	24-11-2015, kl. 13 - 15	24-11-2015, kl. 15.15 -17.15

Udvalg	IT- & AFBUREAU- KRATISERINGSUDVALGET	MILJØ- & TRAFIKUDVALGET
Dato og klokkeslæt	20-01-2015, kl. 15 - 17	20-01-2015, kl. 17.15 - 19.15
	24-02-2015, kl. 19.30 - 21.30	24-02-2015, kl. 17.15 - 19.15
	24-03-2015, kl. 15 - 17	24-03-2015, kl. 17.15 - 19.15
	05-05-2015, kl. 19.30 - 21.30	05-05-2015, kl. 17.15 - 19.15
	02-06-2015, kl. 15 - 17	02-06-2015, kl. 17.15 - 19.15
Dato reserveret!!	24-06-2015, kl. 19.30 - 21.30	24-06-2015, kl. 17.15 - 19.15
	08-09-2015, kl. 15 - 17	08-09-2015, kl. 17.15 - 19.15
	06-10-2015, kl. 19.30 - 21.30	06-10-2015, kl. 17.15 - 19.15
	03-11-2015, kl. 15 - 17	03-11-2015, kl. 17.15 - 19.15
	01-12-2015, kl. 19.30 - 21.30	01-12-2015, kl. 17.15 - 19.15

Punkt nr. 5 - Mødeplan for 2015
Bilag 1 - Side -2 af 2

<u>PSYKIATRIUDVALGET</u>	<u>TVÆRSEKTORIELT UDVALG</u>
13-01-2015, kl. 17.30 -19.30	13-01-2015, kl. 19.45 - 21.45
17-02-2015, kl. 17.30 -19.30	17-02-2015, kl. 19.45 - 21.45
17-03-2015, kl. 17.30 -19.30	17-03-2015, kl.19.45 - 21.45
28-04-2015, kl. 17.30 -19.30	28-04-2015, kl. 19.45 - 21.45
26-05-2015, kl. 17.30 -19.30	26-05-2015, kl. 19.45 - 21.45
22-06-2015, kl. 17.30 -19.30	22-06-2015, kl. 19.45 - 21.45
01-09-2015, kl. 17.30 -19.30	01-09-2015, kl. 19.45 - 21.45
29-09-2015, kl. 17.30 -19.30	29-09-2015, kl. 19.45 - 21.45
28-10-2015, kl. 17.30 -19.30	28-10-2015, kl. 19.45 - 21.45
24-11-2015, kl. 17.30 -19.30	24-11-2015, kl. 19.45 - 21.45

ERHVERVS- & VÆKSTUDVALGET

20-01-2015, kl. 19.30 - 21.30
24-02-2015, kl. 15 - 17
24-03-2015, kl. 19.30 - 21.30
05-05-2015, kl. 15 - 17
02-06-2015, kl. 19.30 - 21.30
24-06-2015, kl. 15 - 17
08-09-2015, kl. 19.30 - 21.30
06-10-2015, kl. 15 - 17
03-11-2015, kl. 19.30 - 21.30
01-12-2015, kl. 15 - 17

Arbejdsplan 2014 for Udvalget vedr tværsektorielt samarbejde

Titel	Problemstilling	Dato for udvalg	Dato for rådsmøde
Procesplan for revision af praksisplan for Almen Praksis	Orientering om revision af eksisterende praksisplan.	2014.02.26	
Procesplan for Sundhedsaftale	Orientering om procesplan for opfølgning på nuværende plan og aftalen for 2015-2018.	2014.02.26	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende/initiativsag. Udvalget fremsætter forslag til Budget 2015.	2014.03.25	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Visioner for sundhedshuse	Politikformulerende/initiativsag	2014.03.25	FU/RR
Delegation og relationer til eksterne udvalg	Politikformulerende/initiativsag	2014.03.25	FU/RR
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende/initiativsag. Den politiske del af Sundhedsaftale 3	2014.03.25	
Kriterier for udmøntning af Forebyggelsespuljen	Politikformulerende/initiativsag	2014.03.25	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2015.	2014.04.22	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Handicapråd	Initiativsag. 1. drøftelse mhp input til budget 2015	2014.04.22	
Praksisplaner og aftaler	Opfølgningssag. Status for implementering af praksisplaner (årsrapporter).	2014.04.22	
Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Konkret sag. Behandling af rammeaftalens udviklingsstrategi	2014.04.22	FU/RR

Tids- og procesplan for Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	Konkret sag.	2014.04.22	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2015.	2014.05.20	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Praksissektoren og det sammenhængende sundhedsvæsen	Politikformulerende/initiativsag. 1. drøftelse: Tilgængelighed (fysisk, telefonisk og elektronisk) i praksissektoren.	2014.05.20	
Praksisplan for almen praksis	Orienteringssag: Status på proces vedr. praksisplan for almen praksis	2014.05.20	
Handicapråd	Initiativsag. 3. drøftelse	2014.05.20	
Visioner for sundhedshuse	Politikformulerende/initiativsag. 2. drøftelse UDSKUDT	2014.05.20	
Opfølgning på nuværende sundhedsaftale	Opfølgningssag.	2014.06.24	
Visioner for sundhedshuse	Politikformulerende/initiativsag. 2. drøftelse	2014.06.24	
Temadrøftelse om ulighed i sundhed	Politikformulerende/initiativsag samt opfølgningssag. 1. temadrøftelse samt opfølgning på monitorering af ulighed i sundhed vha. sundhedsprofiler og rehabiliteringsdatabaser.	2014.06.24	
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende / Initiativsag. Drøftelse af den administrative del af Sundhedsaftale 3	2014.09.02	
Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Initiativsag. Behandling af rammeaftalens styringsaftale	2014.09.02	FU/RR
Bruger- og pårørendeinddragelse	Konkret sag. Struktur for regional bruger- og pårørendeinddragelse	2014.09.02	FU/RR
Regionshandicapråd	Orienteringssag om hørings svar og videresendelse til FU/RR	2014.09.02	FU/RR

Flyttesager, almen praksis	Sagsbehandling af konkrete flyttesager samt drøftelse af uddelegering af sagsbehandling på området.	2014.09.02	FU/RR
Temadrøftelse: Kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	Politikformulerende / initiativsag. Status på sundhedsprofil for kroniske sygdomme og implementeringen af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient.	2014.09.02	
Kronikere og hjemmebehandling	Politikformulerende/initiativsag. Fokus på overgangen mellem hospitaler og hjemkommuner, f.eks. i relation til dialyse og respiration	2014.10.07	
Indragelse af patienter og pårørende i patient empowerment	Politikformulerende/initiativsag. Anbefalinger vedr. patient empowerment til tværsektoriel indsats	2014.10.07	
Forebyggelsespuljen	Politikformulerende / initiativsag. Anbefalinger til SKU vedr. udmøntning af forebyggelsespuljen på 6 mio. kr.	2014.10.07	
Puljen for udsatte borgere	Politikformulerende/initiativsag: Kriterier for udmøntning af 50 mio. kr. pulje for udsatte borgere.	2014.11.04	FU/RR
Misbrugsområdet	Politikformulerende/initiativsag. Drøftelse af misbrugsområdet i sammenhæng med psykiatriområdet.	2014.11.04	
Børnesundhedsprofil	Opfølgningssag på sundhedsprofiler for børn.	2014.11.04	
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende / Initiativsag. Drøftelse af samlet udkast til Sundhedsaftale 3.	2014.11.04	FU/RR
Storforbrugere	Politikformulerende. Temadrøftelse om storforbrugere, med henblik på indsatser.	2014.11.04	
Praksissektoren og det sammenhængende sundhedsvæsen	Initiativsag. 2. drøftelse: Opsamling - politiske hensigtserklæringer for praksissektoren ELLER fælles møde med SUND og ITA om almen praksis og den danske kvalitetsmodel	2014.11.19	
Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	Konkret sag. Godkendelse af høringsudkast til Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	2014.11.19	