

Sundhedsaftalen



2015--2018

Region Midtjylland og de
19 midtjyske kommuner

1. februar 2015

Indholdsfortegnelse

Indledning	3	4.7 Sundhedsberedskabsplan og masseudskrivelse ved katastrofer	50
1. Det gode forløb er en fælles opgave - værdier og lederskab	4	4.5 Indikatorer	51
2. Tværgående temaer	6	5. Sundheds-it og digitale arbejdsgange	54
2.1 Kvalitetsudvikling	6	5.1 Principper for Sundheds-it og digitale arbejdsgange	54
2.2 Skalering og opgaveoverdragelse	7	5.2 Indsatsområder vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange ..	56
2.3 Økonomi	8	5.2.1 Udbredelse og opfølgning på brug af standarder	56
2.3.1 Økonomiaftaler mellem Regeringen, regioner og kommuner	8	5.2.2 Bedre forløb for borgere med psykisk sygdom	57
2.3.2 Koordinering af kapacitet	8	5.2.3 En indgang for digital kommunikation	58
2.4 Patientsikkerhed	9	5.2.4 Deling af data på tværs af sektorer	58
2.4.1 Opfølgning på utilsigtede hændelser	9	5.2.5 Fælles begrebsforståelse, terminologi og registreringspraksis	59
2.4.2 Infektionshygiejneområdet	10	5.2.6 Brug af videokonference og sundhed.dk	60
2.4.3 Tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet	10	5.3 Koordination, sammenhæng, handlekraft	61
2.5 Kompetenceudvikling, videndeling og relationsdannelse	14	6. Særlige målgrupper	62
2.6 Differentieret indsats	14	6.1 Borgere med psykisk sygdom	62
2.7 Privathospitaler og andre private leverandører	15	6.1.1 Voksne med psykisk sygdom	62
3. Forebyggelse	16	6.1.2 Børn og unge med psykisk sygdom	64
3.1 Bedre koordinering	17	6.2 Samarbejde om gravide og nyfødte	74
3.2 Flere henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud	19	6.2.1 Styrket indsats overfor sårbare gravide	74
3.3 Styrket forebyggelsesindsats overfor borgere med psykisk sygdom	20	6.2.2 Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte	78
3.4 Forebyggelse af langtidssygemelding hos borgere med psykisk sygdom	21	6.2.3 Familieambulatoriet	79
3.5 Indsætter i forhold til rygning, alkohol og overvægt	22	6.2.4 Fastholdelse af gravide i arbejde	79
3.5.1 Styrket forebyggelse for børn med overvægt	23	6.2.5 Indikatorer	80
3.6 Styrket forebyggelse for unge	24	6.3 Den ældre medicinske patient	81
3.7 Styrket forebyggelsesindsats for mennesker med en eller flere kroniske og langvarige sygdomme	25	6.4 Borgere med kroniske lidelser (forløbsprogrammer)	81
3.8 Styrket forebyggelse forud for operation	26	6.5 Hjemmeposedysepatienter	81
3.9 Den regionale rådgivningsforpligtelse	27	6.6 Respirationspatienter i eget hjem	82
3.9.1 Forskning, kvalitetsudvikling og dokumentation	28	6.7 Kræft rehabilitering (delaftale)	82
3.10 Indikatorer	28	6.8 Palliativ indsats (delaftale)	82
4. Behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering	30	6.9 Borgere med erhvervet eller medfødt hjerneskade (delaftale)	82
4.1 Rehabilitering	31	6.10 Borgere med demens (delaftale)	82
4.2 Pleje og behandling	33	6.11 Traumatiserede flygtninge (delaftale)	82
4.2.1 Forebygge akutte patientforløb	33	6.12 Børn med cerebral parese (delaftale)	83
4.2.2 Den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse	41	6.13 Oligofreni (delaftale)	83
4.2.3 Særligt for borgere med psykisk sygdom	44	6.14 Samarbejde om borgere med tandproblemer	83
4.3 Hjælpemidler og behandlingsredskaber	46	6.15 Børn og unge, hvor én forælder har alvorlig somatisk eller psykisk sygdom	83
4.4 Genoptræning	47	6.16 Det specialiserede socialområde	84
4.5 Træning og rehabilitering af børn og unge	49	6.17 Udsatte borgere	84
4.6 Arbejdsmarkedsområdet	49	7. Implementering	86
4.7 Sundhedsberedskabsplan og masseudskrivelse ved katastrofer	50	7.1 Organisering	86
4.5 Indikatorer	51	7.2 Løbende opfølgning og justering	89
5. Sundheds-it og digitale arbejdsgange	54	7.3 Implementering	90
5.1 Principper for Sundheds-it og digitale arbejdsgange	54	7.4 Sundhedsaftalen og praksisplanen	90
5.2 Indsatsområder vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange ..	56		
5.2.1 Udbredelse og opfølgning på brug af standarder	56		
5.2.2 Bedre forløb for borgere med psykisk sygdom	57		
5.2.3 En indgang for digital kommunikation	58		
5.2.4 Deling af data på tværs af sektorer	58		
5.2.5 Fælles begrebsforståelse, terminologi og registreringspraksis	59		
5.2.6 Brug af videokonference og sundhed.dk	60		
5.3 Koordination, sammenhæng, handlekraft	61		
6. Særlige målgrupper	62		
6.1 Borgere med psykisk sygdom	62		
6.1.1 Voksne med psykisk sygdom	62		
6.1.2 Børn og unge med psykisk sygdom	64		
6.2 Samarbejde om gravide og nyfødte	74		
6.2.1 Styrket indsats overfor sårbare gravide	74		
6.2.2 Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte	78		
6.2.3 Familieambulatoriet	79		
6.2.4 Fastholdelse af gravide i arbejde	79		
6.2.5 Indikatorer	80		
6.3 Den ældre medicinske patient	81		
6.4 Borgere med kroniske lidelser (forløbsprogrammer)	81		
6.5 Hjemmeposedysepatienter	81		
6.6 Respirationspatienter i eget hjem	82		
6.7 Kræft rehabilitering (delaftale)	82		
6.8 Palliativ indsats (delaftale)	82		
6.9 Borgere med erhvervet eller medfødt hjerneskade (delaftale)	82		
6.10 Borgere med demens (delaftale)	82		
6.11 Traumatiserede flygtninge (delaftale)	82		
6.12 Børn med cerebral parese (delaftale)	83		
6.13 Oligofreni (delaftale)	83		
6.14 Samarbejde om borgere med tandproblemer	83		
6.15 Børn og unge, hvor én forælder har alvorlig somatisk eller psykisk sygdom	83		
6.16 Det specialiserede socialområde	84		
6.17 Udsatte borgere	84		
7. Implementering	86		
7.1 Organisering	86		
7.2 Løbende opfølgning og justering	89		
7.3 Implementering	90		
7.4 Sundhedsaftalen og praksisplanen	90		

Sundhedskoordinationsudvalget består af politiske repræsentanter fra henholdsvis regionen og kommunerne i Midtjylland, samt repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsen er det øverste tværsektorielle administrative organ bestående af repræsentanter fra kommuner, region og almen praksis. Sundhedsstyrelsen er et overordnet forum, som på administrativt niveau behandler sager af overordnet strategisk betydning. Sundhedsstyrelsen behandler endvidere sager af væsentlig økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig betydning. Sundhedsstyrelsen forbereder sager til Sundhedskoordinationsudvalget og fungerer endvidere som bestyrelse for Folkesundhed i Midten.

Indledning

Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis i perioden 2015-2018. Sundhedsaftalens formål er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalen retter sig mod en bred vifte af indsatser: Psykiatri, somatik, sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering, behandling, patientsikkerhed mv., herunder også indsatser, der rækker ind i f.eks. beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Den samlede sundhedsaftale består af 4 dele:

- **Politisk aftale 'Mere sundhed i det nære på borgerens præmisser'**, der fastsætter visioner, mål og værdier for sundhedssamarbejdet.
- **Sundhedsaftale**, der konkretiserer de politiske visioner og mål i indsatser og aftaler om opgavefordeling.
- **Delaftaler**, som er aftaler for specifikke målgrupper/indsatser og som videreføres fra forrige aftaleperiode eller som udvikles fremadrettet.
- **Værktøjskasse** med sundhedsfaglige dokumenter, der kan være vejledende eller retningsvisende for medarbejderne i sundhedsvæsenet.
- **Arbejdsplan** med en oversigt over implementeringsrækkefølgen for initiativer i sundhedsaftalen.

Nærværende dokument betegnes sundhedsaftalen. Sundhedsaftalen fastlægger rammen for arbejdet med at realisere de politiske visioner og mål i indsatser og aftaler om opgavefordeling og udviklingsområder.

Sundhedsaftalen henvender sig til det organisatoriske niveau – ledelsessystemet – i kommunerne, regionen og til praksissektorens ydere. Med 'vi' i sundhedsaftalen menes kommuner, region og praksissektor.

For i fællesskab at udfolde de politiske visioner om at skabe et sundhedsvæsen på borgerens præmisser, mere lighed i sundhed og sundhedsløsninger tæt på borgeren opdeles nærværende aftale i følgende afsnit:

- Det gode forløb er en fælles opgave – værdier og lederskab
- Tværgående temaer
- Forebyggelse
- Behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange
- Særlige målgrupper
- Implementering

1

Det gode forløb er en fælles opgave – værdier og lederskab

Som en del af forberedelsen af denne sundhedsaftale blev der i efteråret 2013 gennemført en kvalitativ undersøgelse af udfordringer og succeser forbundet med tværsektorielle patientforløb.

En central pointe i undersøgelsen er, at det er en vigtig forudsætning for gode tværsektorielle forløb, at vi ser patientforløbet som en fælles opgave, der kræver en fælles løsning ved en fælles indsats. For at få gode tværsektorielle forløb er det med andre ord ikke tilstrækkeligt, at hver sektor gør, det de skal hver især. Det er nødvendigt at se det i en helhed og opprioritere det fælles ansvar.

Undersøgelsen peger også på, at regler og retningslinjer nogle gange gør det vanskeligt at skabe gode forløb. Hvis patienten skal være i centrum, kan det derfor i praksis være nødvendigt at skubbe rammerne for at kunne tilbyde den løsning, der passer bedst til borgeren.

På baggrund af erfaringerne med de tidligere sundhedsaftaler har vi derfor valgt at forankre denne sundhedsaftale på en række fælles værdier frem for faste regler om fx varsling i forbindelse med udskrivelse m.v.

Værdier

Vi sætter borgeren først

Ingen borgere skal falde mellem to stole, og vi sætter borgerens interesser før sektorinteresser. Hvis der opstår tvivl, så er det den part, der har kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve os som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Vi værdsætter hinandens og borgerens viden, kompetencer, erfaringer og input.

Vi skaber resultater

Vi sætter derfor konkrete mål for vores indsatsers effekt. Og vi følger op, så borgere, politikere og

andre beslutningstagere kan følge med i, om vores indsats giver den tilstrækkelige effekt. Vores succes defineres af de resultater, vi skaber sammen med borgeren og for samfundet.

Vi udfordrer vanetænkning

Vi tør bryde vanetænkningen og arbejder i fællesskab med at udvikle nye løsninger til gavn for borgere, medarbejdere og samfundsøkonomien. Vi tager de stærkeste af vores nye løsninger og udbreder dem til gavn for alle borgere.

Med afsæt i værdierne er en væsentlig ambition med denne sundhedsaftale at skabe mere integrerede sundhedsydelser til gavn for borgeren. Det betyder, at vi bevæger os væk fra serielle forløb, som traditionelt har været den måde, som vi har organiseret samarbejdet på. I stedet vil vi integrere sundhedstilbuddene og dermed 'flette' vores indsatser, så borgeren eksempelvis oplever sundhedsvæsenet som én indgang, og at tilbud i forhold til fx forebyggelse, behandling og genoptræning er samtænkte.

Det stiller nye krav til vores måde at agere på som organisationer, som ledere og som medarbejdere. Vi kan tale om, at vores opgave er grænsekrydsende. Det kræver en ny form for samarbejde og ledelse - og det kræver generøsitet, tillid og gensidig respekt.

Ledere må krydse grænser og lede på tværs og dermed skabe bæredygtige fælles løsninger. Men for at vi kan lykkes med det, er det vigtigt, at vi arbejder ud fra fælles mål og strategier, og at vi arbejder dedikeret på at opnå en fælles succes.

Ledere og medarbejdere opfordres derfor til

- at krydse grænser
- at tage hinandens perspektiv
- at arbejde fra snitflader til samarbejdsrum

Klyngerne er allerede godt i gang med det grænsekrydsende lederskab. Eksempelvis arbejder Randersklyngen med 'Sundhedsstrategisk Ledelse' ([link](#)). I Vestklyngen arbejdes der med grænsekrydsende innovation i 'Slip sundheden fri' ([link](#)). Det samme er gældende i projektet 'Horsens på forkant' ([link](#)). I Aarhusklyngen er der igangsat fælles ledelsesudvikling på tværs af sektorer ([link](#)). Og Midtklyngen arbejder eksempelvis med projektet 'Tværsektoriel udredningsenhed' (TUE).

På borgerens præmisser

Med visionen 'på borgerens præmisser' bringer vi borgerens og pårørendes viden og ressourcer i spil gennem inddragelse og aktiv deltagelse. Vi kommunikerer i øjenhøjde, og vi ruster borgerne til at deltage i beslutninger om egen behandling, rehabilitering og sundhed. Det kræver en kulturændring. Det handler om, at den lokale ledelse, den enkelte sundhedsprofessionelle og den enkelte borger prioriterer at have fokus på inddragelse og aktiv deltagelse. Samtidigt skal rammerne for inddragelse være på plads. I de kommende år vil vi arbejde systematisk med at skabe mere sundhed på 'borgerens præmisser'. Det vil eksempelvis ske via kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle, udvikling af beslutningsstøtteværktøjer for borgere/sundhedsprofessionelle, inddragelse af borgere i udviklingen af nye sundhedstilbud mv.

2 Tværgående temaer

2.1. Kvalitetsudvikling

Det er afgørende, at borgeren modtager og oplever høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, borgeren tilbydes.

Region, kommuner og almen praksis er underlagt forskellige rammer og er præget af forskellige styringslogikker og kulturer. Det har derfor også en betydning for, hvordan man arbejder med kvalitet.

Fælles for alle sektorer er dog enigheden om, at kvalitet og kvalitetsudvikling er vigtigt og til gavn for borgeren i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Det er derfor ambitionen med denne sundhedsaftale at have øget fokus på kvalitetsarbejde på tværs af region, kommuner og praksis sektor. Kvalitet på tværs er et udviklingsområde i aftaleperioden.

Region og kommuner er enige om at anvende Triple Aim-tilgangen i det tværsektorielle samarbejde og udvikling af det nære sundhedsvæsen. Det betyder konkret, at der i udviklingsarbejdet tages afsæt i Triple Aim mind-settet – Vi sætter fælles mål, og indsatsen følges op og vurderes med afsæt i Triple Aim. Tilgangen skal herved være med til at skabe et fælles fokus på kvalitetsarbejde og et fælles sprog, når der tales og arbejdes med kvalitetsudvikling.

Triple Aim tilgangen er den bedst kendte metode til opfølgning og vurdering af tværsektorielle indsatser og initiativer herunder spørgsmålet om opgaveoverdragelse.

Metode: Triple Aim

Triple Aim-tilgangen blev udviklet af den amerikanske organisation Institute for Healthcare Improvement (IHI) i 2007. Region Midtjylland og kommunerne har taget tilgangen til sig og oversat den til en dansk version.

Triple Aim-tilgangen er fokuseret kvalitetsarbejde for en population, fx en sygdomsgruppe eller geografiske områder. Det er ikke forskning, men en tilgang, der bidrager til at forbedre effekten af sundhedsvæsenets ydelser.

Triple Aim-tilgangen er bygget op om tre måleparametre:

1. Sundhedstilstanden for en population
2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet
3. Omkostninger per capita

Tanken bag brugen af Triple Aim er endvidere, at tilgangen kan anvendes i forbindelse med både indsatser i lille og stor skala.

Data

Data er et vigtigt redskab i kvalitetsarbejde og monitorering. Gennem dataarbejde bliver det muligt at synliggøre succeser og udfordringer.

Der skal i aftaleperioden arbejdes for bedre mulighed for kobling af data mellem region, kommune og almen praksis.

2.2. Skalering og opgaveoverdragelse

Sundhedsaftalen indeholder en lang række tværsektorielle indsatser, der ofte afprøves/igangsættes i en enkelt klynge, i få kommuner eller ved et enkelt hospital. Det er derfor essentielt, at der i indsatser indtænkes og arbejdes med udbredelse og opskalering af indsatsen, hvilket ligeledes er en vigtig del af arbejdet med Triple Aim.

I løbet af sundhedsaftaleperioden udvikles og afprøves løbende forskellige samarbejdsmodeller og indsatser med henblik på at nå sundhedsaftalens visioner.

Ved opgaveoverdragelse tages der afsæt i først en udviklingsfase og derefter evt. en udbredelsesfase. Det sikrer, at opgaveoverdragelse understøttes af gennemsigthed, videndeling, kompetenceudvikling og sker ensartet i hele regionen. Samtidig sikrer det mulighed for innovation og opgaveudvikling.

Fase 1: Udviklingsprojekter

Udviklingsprojekter opstartes altid med afsæt i klare Triple Aim mål og evalueres altid med afsæt heri. Formålet med og forventningerne til udviklingsprojektet ud fra befolkningens sundhedstilstand, den brugeroplevede og kliniske kvalitet og omkostninger per capita tilstræbes at fremgå tydeligt. Projekterne kan iværksættes i klyngeregi, bilateralt mellem enkelte kommuner, hospital og praktiserende læger samt på tværs af klynger og region.

Fase 2: Udbredelse – opgave- og delegationsaftale

På baggrund af en evaluering med udgangspunkt i Triple Aim vurderes det, om et udviklingsprojekt skal udbredes og opskaleres til den øvrige del af regionen. Dette drøftes og besluttet altid i Sundhedsstyregruppen og/eller i Sundhedskoordinationsudvalget og har forinden været drøftet i klyngerne. Udbredelse kan ske i flere trin.

Drøftelsen af opgaveoverdragelsen tager altid afsæt i

- Beskrivelse af kompetenceudvikling og videndeling
- Beskrivelse af nye arbejdsgange og organisering på tværs af sektorer, herunder aftaler om rammer for delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, som sikrer tydelighed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (jf. værktøjskassen – rammeaftale, som beskriver hovedprincipper for, hvilke opgaver, der kan overdrages mellem sektorer inden for rammerne af delegeret virksomhed)
- Aftaler og procedure for finansiering og håndtering af medicin, behandlingsudstyr, hjælpemidler o.lign.

2.3. Økonomi

Det er et fælles mål at kunne belyse de økonomiske konsekvenser af eksisterende og fremtidige aktiviteter og initiativer på tværs af sektorer og identificere løsninger, der skaber størst værdi set på tværs af sundhedssektoren – eksempelvis ved opgaveoverdragelse.

Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis forpligter sig derfor til at medvirke i fælles analysearbejde. Det kan blandt andet ske med udgangspunkt i Triple Aim tankegangen med henblik på at beskrive sandsynlige konsekvenser for aktivitet og økonomi på tværs af sektorerne ved ændringer i opgavevaretagelsen. Det skal sikre gennemsigtighed i forhold til de økonomiske konsekvenser af sundhedsmæssige tiltag og understøtte en samordnet udvikling af sundhedsvæsenet.

2.3.1. Økonomiaftaler mellem Regeringen, regioner og kommuner

I de seneste år er der i økonomiaftalerne mellem regeringen, regionerne og kommunerne afsat midler til understøttelse af samarbejdet mellem regionerne og kommunerne.

I aftalerne for 2015 fremgår det, at der prioriteres midler, som understøtter sundhedsaftalens indsatser med fælles målsætninger inden for den patient-trettede forebyggelse:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på hospitaler

De prioriterede indsatser skal følges i aftaleperioden, herunder effekten af indsatserne. Der skal endvidere i et samarbejde mellem kommuner og region ske en opfølgning på indsatserne. Dette skal blandt andet sikre tværgående videndeling.

Kommuner og region koordinerer dokumentation for anvendelsen af de prioriterede midler til sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer aftalt i kommunernes og regionernes økonomiaftaler.

Der fastholdes et koordinerende forum for det tværsektorielle samarbejde omkring økonomiske aspekter af de sundhedsmæssige indsatser.

2.3.2. Koordinering af kapacitet

Kommuner, region og almen praksis samarbejder om økonomisk forecast og rapportering, således at der kan ske en bedre planlægning af kapacitet og økonomi på tværs af sektorerne.

De enkelte hospitaler og regionens praksisafdeling er forpligtet til at formidle oplysninger og medvirke i en dialog med kommunerne om væsentlige ændringer i behandlingsaktiviteten.

På samme måde er kommunerne forpligtet til at formidle oplysninger og indgå i dialog med hospitalerne og regionens praksisafdeling om væsentlige ændringer i struktur, kapacitet, serviceniveau og kvalitetsstandarder i forebyggende ydelser, hjemmesygepleje, sundhedspleje samt korttidsstilbud (rehabiliterings-, trænings-, pleje- og aflastningstilbud).

2.4. Patientsikkerhed

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader - utilsigtede hændelser - når patienter er i kontakt med sundhedsvæsenet. Det er endvidere et højaktuelt emne i forhold til accelererede patientforløb og behandling i eget hjem.

2.4.1 Opfølgning på utilsigtede hændelser

Opfølgning på utilsigtede hændelser indgår i regionens, kommunernes og almen praksis' arbejde med patientsikkerhed og understøtter kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Utilsigtede hændelser i sektorovergange omfatter hændelser, der er sket i forbindelse med patientens overgang mellem to eller flere sektorer, og hvor der ikke er et entydigt hændelsessted. Rapporteringspligten vedrørende utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet mv."¹.

Formidling af viden om utilsigtede hændelser i sektorovergange skal skabe fælles læring til gavn for det tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb. I Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede hændelser i Sektorovergangen² (TSN) formidles viden om arbejdet med utilsigtede hændelser på tværs af sektorerne.

¹ Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. nr. 913 af 13. juli 2013.

² TSN er sammensat af alle risikomanagere fra Hospitalerne, Kommunerne, Præhospitalet, Psykiatrien, praksisområdet og apoteker.

Patientsikkerhed og opfølgning på rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergangen

Hvorfor?

- Arbejdet med utilsigtede hændelser i sektorovergangen skal skabe læring, videndeling og skal resultere i handling.

Hvordan?

- Analyse af enkeltstående hændelser. Aggregerede analyser.
- Formidling af læring sker i de fora, der er relevante for den enkelte sektor.
- Relevant viden fra sektorerne formidles til TSN.
- Ledelserne i de enkelte enheder deltager i udarbejdelse af handleplaner og er ansvarlig for implementering.

Hvem, hvad og hvornår?

- Risikomanagerne fra de involverede sektorer har ansvaret for at iværksætte relevante analyser (jf. aftalte arbejdsangang).
- Analyser og handleplaner skal være afsluttet indenfor 90 dage, efter hændelsen er rapporteret.
- Risikomanagerne fra den enkelte sektor er ansvarlig for videndeling.
- Ledelserne i de enkelte enheder iværksætter de aftalte tiltag med henblik på at forebygge lignende hændelser.

2.4.2. Infektionshygiejneområdet

Behovet for en styrket indsats på det generelle infektionshygiejniske område er afstedkommet af en stigning i forekomsten og spredningen af antibiotika-resistente bakterier. Når mere behandling flyttes ud i borgerens nærmiljø/eget hjem er der desuden behov for et styrket tværsektorielt samarbejde. Det nuværende samarbejde mellem regionen og kommunerne begrænser sig til MRSA-området³, hvor kommunale hjemmesygeplejersker kan få telefonisk rådgivning fra regionens hygiejnesygeplejersker i de infektionshygiejniske enheder. I 2014 er der ansat to hygiejnesygeplejersker i MRSA-enheden med henblik på at understøtte etablering og organisering af struktur på det infektionshygiejniske område. Derfor er indsatsen om den generelle infektionshygiejne et indsatsområde i aftaleperioden.

³ MRSA står for Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus.

En styrket indsats på det generelle infektionshygiejniske område

Hvorfor?

- Flere bakterier har udviklet resistens og bliver stadig vanskeligere at behandle.

Hvordan?

- MRSA-enhedens hygiejnesygeplejersker vil støtte kommunerne i at opbygge en hygiejneorganisation og undervise kommunale nøglepersoner i infektionshygiejne.
- Der indgås en aftale om et tværsektorielt samarbejde på det generelle infektionshygiejniske område.

Hvem, hvad og hvornår?

- Aftalen udarbejdes og indgås i aftaleperioden.

2.4.3. Tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet

Medicinområdet har særligt fokus i samarbejdet mellem hospital, almen praksis og kommuner. Det er et område, hvor der sker mange utilsigtede hændelser, og der er en forventning om, at velkoordinerede aftaler på området kan øge patientsikkerheden og sikre bedre ressourceudnyttelse.

Der igangsættes udviklingsinitiativer, som sætter fokus på:

- Forbedret medicin håndtering ved udskrivelse, herunder dosisdispensering,
- FMK⁴ skal være et brugbart redskab,
- Sikre at skemalagt medicin kan kommunikeres over sektorgrænser
- I den elektroniske værktøjskasse vil der, når udviklingsarbejdet er afsluttet, være opdaterede beskrivelser af opgave og ansvarsfordelinger ift. medicin håndtering

⁴ Det Fælles Medicinkort (FMK) er en central database hos National Sundheds-it, som indeholder oplysninger om alle danske borgers elektroniske recepter og indløste papirrecepter igennem de seneste to år, samt en liste over borgerens aktuelle lægemiddelordinationer (med tilhørende recepter og effektueringer). Når FMK er fuldt implementeret, vil både borgeren, læger, vagtlæger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner, som har borgeren i behandling, have adgang til opdaterede medicinoplysninger.

Polyfarmaci

Ved brug af mange medikamenter øges risikoen for bivirkninger og interaktioner mellem de enkelte medikamenter. Samtidig er lav compliance ved indtagelse af ordineret medicin et hyppigt fænomen. Undersøgelser⁵ viser, at kun ca. 50 % af de ordinerede doser medicin bliver taget som ordineret ved behandling af kronisk sygdom.

⁵ Compliance Om afvigelser mellem lægers ordinationer og patienternes faktiske medicinering, Institut for Rationel Farmakoterapi

Udviklingsområde: Fokus på forebyggelse af bivirkninger og interaktioner hos mennesker med brug af mere end 5 lægemidler samtidig (Polyfarmaci)

Hvorfor?

- Ved brug af mange medikamenter øges risikoen for bivirkninger og interaktioner mellem de enkelte medikamenter.
- En behandling, som ikke er hensigtsmæssigt sammensat set ift. borgerens hverdag, kan føre til øget sygelighed, indlæggelser og øget dødelighed.

Hvordan?

- Ajourføring af FMK og medicinnemgang blandt borgere, der bruger flere medikamenter.
- Oprydning i FMK og anvendelse af FMK i alle 3 sektorer vil styrke overblik og patientsikkerhed ved medicinering. Der arbejdes målrettet på at implementere FMK i de tre sektorer.

Hvem, hvad og hvornår?

- Ved udskrivelse fra hospital laver hospitalet medicinnemgang. En gang årligt i praksis ifm. årskontrol laves vurdering af medicin ordinationerne på kroniske patienter. Der laves ajourføring af FMK ved kontakt med kommunal hjemmesygepleje efter en lægefaglig vurdering. Udviklingsarbejdet tager udgangspunkt i den nye vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, når den træder i kraft.
- Farmaceuter fra hospitalsapoteket og regionen tilbyder rådgivning om medicinnemgang til hhv. læger på hospitalet og i praksissektor, bl.a. via tilbuddet "Medicintjek i Praksis".
- Jf. fælles hensigtserklæring/aftale vedr. brug af Det fælles medicinkort i kommuner, hospitaler og almen praksis.

Særligt om dosisdispensering

Dosisdispensering involverer mange aktører, og der er fortsat udfordringer, især i sektorovergangene, der kræver opmærksomhed. Derfor udarbejdes i aftaleperioden initiativer, der kan være med til at understøtte og sikre en optimal og ensartet anvendelse af dosisdispensering.

Initiativer vedr. implementering af dosisdispensering af medicin**Hvorfor?**

- Øget patientsikkerhed ved indtagelse af medicin
- Mere frihed og ansvar til borgeren som får dosisdispenseret medicin
- Færre utilsigtede hændelser/fejldoseringer
- Reducere medicinspild
- Mere tid til pleje- og sygeplejefaglige opgaver i plejesektoren

Hvordan?

- Dosisdispensering tilbydes alle egnede borgere.
- Ved indlæggelse pauseres dosisdispenseringen.
- Efter udskrivelse kan egen læge evt. genopstarte dosisdispenseringen.

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden udarbejdes initiativer, der kan være med til at understøtte og sikre en optimal og ensartet anvendelse af dosisdispensering.
- I aftaleperioden arbejdes endvidere på, at det registreres i FMK, hvis borgeren anvender dosisdispenseret medicin, samt hvornår recepten på dosisdispenseringen skal fornyes.

Særligt om borgere med psykisk sygdom:

En fælles tværsektoriel indsats skal medvirke til at forebygge, at borgere med psykisk sygdom ikke får for meget (store doser) og for forskelligt medicin (mange præparater), samt at borgeren bliver bedre til at mestre egen medicinske behandling.

Tværsektoriel sammenhængende indsats i forhold til medicingennemgang, compliance omkring medicin og fælles metoder og hjælpemidler i forhold til medicinpædagogik⁶

Hvorfor?

- Compliance⁷ er typisk lavere ved langvarig behandling, ved psykisk sygdom og ved behandling af en sygdom, der ikke giver symptomer.
- Borgeren skal kun have den nødvendige medicinske behandling.
- Polyfarmacy og ustabilitet i medicinindtagelsen betyder risiko for nedsat livskvalitet, øget risiko for psykisk og fysisk sygdom og unødvendige bivirkninger.

Hvordan?

- Orientering til samarbejdsparter ved medicinændringer.
- Medicinafstemning /-gennemgang
- Udvikling af tværsektorielle redskaber/metoder ift. medicinpædagogik
- Opdateret FMK
- Det er et vigtigt fokusområde at sikre en sammenhængende og koordinerende indsats mellem det somatiske og det psykiatriske sundhedsvæsen med fokus på at fremme sundheden for borgeren ved at få et samlet billede af patientens sundhed og sygdom.

Hvem, hvad og hvornår?

- Der skal i sundhedsaftaleperioden igangsættes lokale tværsektorielle projekter (2 – 3 steder) med henblik på at sikre en øget compliance om medicinindtagelse. Dette skal ske ved introduktion af fælles metoder og hjælpemidler ift. medicinpædagogik. Projekterne skal inddrage almen praksis, kommunerne og regionen med involvering af farmacologer/farmaceuter.
- I aftaleperioden afprøves modeller på regionale og kommunale bosteder

⁶ Medicinpædagogik handler om at hjælpe mennesker med psykiske lidelser til at mestre deres eget medicinforbrug, så det bliver et middel til at komme sig og ikke blot et mål i sig selv. De metoder der bliver brugt skal ruste den enkelte bruger, så han eller hun får større medindflydelse på behandlingen og indgår i et mere ligeværdigt samarbejde med professionelle i behandlingspsykiatrien. (Socialstyrelsen)

⁷ En patients efterlevelse af de anbefalinger vedr. medicinindtagelse, diæt eller livsstilsændringer som et foreskrevet behandlingsforløb indebærer

2.5. Kompetenceudvikling, videndeling og relationsdannelse

Sundhedsløsninger tæt på borgeren stiller øgede krav til kompetenceudvikling og forudsætter, at de rette kompetencer og kvalifikationer er til stede.

Kompetenceudvikling, videndeling og relationsdannelse

Hvorfor?

- For at opretholde høj kvalitet i patientforløbene.
- For at sikre systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden, som allerede er udviklet og dokumenteret i dele af sundhedsvæsnet.
- For at medvirke til at sikre og understøtte tværsektoriel koordinering.
- For at sikre opbygning af relationer og forståelse for anden sektors vilkår.
- For at medvirke til at skabe en 'vi' kultur.

Hvordan?

- Gennem fælles skolebænk i klyngerne overleveres og udveksles viden mellem sektorerne. Herigennem udvikles endvidere fælles sprog og gensidigt kendskab på tværs af sektorer og faglighed.
- Oplæring ved opgaveoverdragelse.
- Tværsektorielle udviklingsprojekter.
- Uddannelse til frontpersonale, som understøtter implementering af sundhedsaftalen.
- Jobrotation/udstationering.

Hvem, hvad og hvornår?

- Når opgaver overdrages, samarbejder hospitaler, kommuner og almen praksis om oplæring og kompetenceudvikling.
- Hospitaler, kommuner og almen praksis samarbejder om at styrke kompetencer inden for f.eks. patientinddragelse/ borgerinddragelse, niveaudelingen – ICF/FS II, samarbejde med pårørende, inddragelse af civilsamfund, frivillige, hvordan understøtter vi den sårbare borger osv.
- Jobrotationstiltag udvikles/afprøves i aftaleperioden.

2.6. Differentieret indsats

Hvis alle borgere skal sikres lige muligheder for at få de relevante sundhedstilbud, er det nødvendigt at behandle borgere forskelligt. De borgere, der kan klare mest muligt selv, skal støttes i dette. Samtidig skal mere sårbare borgere tilbydes et tættere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der skal udarbejdes et fælles differentieringsredskab. Redskabet anvendes både i forhold til borgere med psykiske og somatiske lidelser. Differentieringen tager udgangspunkt i borgernes funktionsniveau og mestringssevne. Borgere på laveste niveau har stor grad af mestringssevne og derfor et mindre behov for støtte til at få de relevante sundhedstilbud. Endvidere kan de i højere grad varetage og efterspørge selvtræningsløsninger, telemedicinske løsninger mv. Borgere på højeste niveau har omvendt behov for særlige tilbud og en særlig koordinerende tværsektoriel samarbejdsindsats for at sikre, at de får de relevante sundhedstilbud.

Indsatsen skal sikre, at borgeren så vidt muligt er hovedaktør i sit eget forløb. For at det kan lykkes, er det vigtigt, at der sker en gensidig forventningsafstemning mellem de involverede parter, så det bliver tydeligt, hvad borgeren kan forvente af forløbet og hvilke forventninger, der er til borgeren selv i forløbet.

Differentieret indsats

Hvorfor?

- Fordi de borgere der kan selv – skal selv.
- Fordi en række sårbare borgere har vanskeligt ved selv at gøre brug af og følge de behandlings- og forebyggelsestilbud, som stilles til rådighed.
- Så vi anvender ressourcerne så optimalt som muligt.
- Fordi det er en måde gensidigt at afstemme forventningerne i det tværsektorielle samarbejde.
- For at forebygge, at den samme indsats ift. borgeren sker sideløbende i flere sektorer samtidigt.

Hvordan?

- Redskab til differentiering. Vurderingen af niveau for samarbejde, sker på baggrund af en faglig vægtning af en række faktorer, som f.eks. sygdoms-kompleksitet, multisygdom, funktionsniveau og egenomsorgskapacitet. Det er ikke en kategorisering af borgeren.
- Borgerens vekslende tilstand/situation vil betyde, at der skal kunne reguleres op og ned i samarbejdsintensiteten.
- Niveauopdelingen af indsatsen forudsætter, at personalet arbejder ud fra et helhedssyn, herunder sikring af koordinering af parallelle indsatser.

Hvem, hvad og hvornår?

- Den, der aktuelt har behandlingsindsatsen eller myndighedsansvaret, giver et forslag til samarbejdsniveau.
- Det vil være et løbende fokusområde at tilpasse og udvikle indsatser, der passer til de forskellige niveauer (jf. værktøjskassen).

2.7. Privathospitaler og andre private leverandører

Indgår region eller kommune(r) aftale med en privat aktør, har man en forpligtigelse til at sikre, at den private aktør lever op til sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

3 Forebyggelse

Et afgørende aspekt i forhold til at understøtte, at borgerne i Region Midtjylland lever et sundt, godt og langt liv, er at tænke sundhedsfremme og forebyggelse på alle niveauer på tværs af sektorgrænser. Det skal forebygges, at sygdomme opstår. Og samtidigt skal det forebygges, at allerede opståede sygdomme udvikler sig, eller at nye komplikationer eller følgesygdomme støder til.

For at bidrage til indfrielsen af de politiske mål, vil der på forebyggelsesområdet være særlig fokus på:

- Bedre koordinering
- Flere henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud
- Styrket forebyggelsesindsats overfor borgere med psykisk sygdom herunder forebyggelse af langtidssygemeldinger
- Særlige indsatser i forhold til rygning, alkohol og overvægt
- Styrket forebyggelsesindsats overfor børn med overvægt
- Styrket forebyggelsesindsats overfor unge
- Styrket forebyggelsesindsats overfor borgere med kroniske sygdomme herunder multisygdom
- Forebyggelsesindsats i forbindelse med operation
- Den regionale rådgivningsforpligtelse

Forebyggelse skal ske på borgerens præmisser. Det betyder, at borgeren og det sundhedsfaglige personale er i dialog om hvilken forebyggelsesindsats, der er behov for og i hvilken rækkefølge. Der tages udgangspunkt i det, der er vigtigt for borgeren samt dennes ønsker og ressourcer. Dette gøres i et samspil med den faglige vurdering. Det forventes, at borgerne indgår i partnerskab med det sundhedsfaglige personale om sundhedsfremme og forebyggelse samt yder en væsentlig egen indsats, hvor det er muligt.

Indsatsen differentieres i forhold til den enkeltes behov og ressourcer. Også pårørende og netværk inddrages og er ressourcer, der tages i betragtning i forhold til det tilbud, der gives.

Vi anvender en sundhedsfremmende tilgang, der bygger på en anerkendende og involverende dialog.

Når nye forebyggelsesindsatser skal planlægges og udvikles vil dette ske i et samspil med borgerne.

Gennem de sidste sundhedsaftaleperioder er der sektorvist blevet opbygget relevante forebyggelsestilbud, men evalueringen af den sidste aftale viste, at der ikke i tilstrækkelig grad henvises på tværs af sektorer. De manglende henvisninger kan være med til at øge uligheden i sundhed. Mere begunstigede borgere vil være langt mere tilbøjelige til selv at opsøge tilbud, end mindre begunstigede borgere. Det er derfor et væsentligt mål, at vi øger antallet af henvisninger til forebyggelsestilbud.

I denne aftaleperiode vil vi endvidere gøre forsøg med at afprøve en mere integreret forebyggelsesindsats.

3.1. Bedre koordinering

Ansvars- og opgavefordeling

Den patientrettede forebyggelse er et fælles ansvar mellem region, almen praksis og kommune, og opgaven skal varetages i et tæt samarbejde mellem disse aktører. Indsatsen har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer samt forebygge yderligere sygdom i at opstå. Dette forudsætter, at den enkelte patients kompetencer, viden og færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve god egenomsorg understøttes f.eks. gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning.

Det er en fælles opgave at screene relevante patienter for KRAM-faktorer og ved behov henvise til relevante sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud.

Fordelingen af arbejdsopgaver mellem Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis i forhold til den patientrettede forebyggelse sker på baggrund af en vurdering af patientens sygdomsgrad og behov.

Region Midtjylland

Region Midtjylland er ansvarlig for den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, der er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner. Hospitalet screener i relevant omfang for KRAM. Ved identificering af behov henviser hospitalet patienten til relevante kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud.

Region Midtjylland varetager rådgivningsforpligtigheden overfor kommunerne gennem forskellige overbliksskabende initiativer, ved specialiseret rådgivning og undervisning samt ved at understøtte samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen generelt.

Kommuner

Kommunerne tilbyder opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdoms-specifik eller tværdiagnostisk karakter. Kommunerne har særligt gode muligheder for at støtte op om og tage hånd om de psykosociale aspekter, herunder inddragelse af patienternes hverdagsliv. Det understøttes af, at kommunernes indsatser koordineres mellem forvaltningsområderne. Kommunerne er endvidere ansvarlige for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

Almen praksis

Almen praksis' indsats målrettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Samtidig har almen praksis en rolle i at forebygge og dermed reducere patientens behov for behandling i det specialiserede sundhedsvæsen samt i øvrigt at styrke patienternes evne til egenomsorg.

Almen praksis har en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med kommune og hospital, ikke mindst for resourcesvage patienter. Almen praksis har desuden en særlig opgave med at være tovholder i forhold til det samlede behandlingsforløb for patienter med kronisk sygdom.

3.2. Flere henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud

I denne aftale har vi særlig fokus på at forbedre koordination og kommunikation mellem sektorerne, for at sikre, at den enkelte borger får det rette forebyggelsestilbud og ikke bliver tabt mellem to stole.

Flere henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud

Hvorfor?

- Sektorvis er der gode indsatser, men der er ikke tilstrækkelige henvisninger på tværs af sektorer.
- Borgere bliver ikke henvist til relevante forebyggelsestilbud på grund af manglende kendskab på tværs af sektorer.
- Den manglende henvisning skaber øget ulighed i sundhed, da der er en social ubalance i, hvem der selv opsøger tilbud.

Hvordan?

- Hospitaler og praktiserende læger henviser relevante borgere til kommunale forebyggelsestilbud.
- Screening af sårbare (kort uddannelse, psykisk sygdom, lav funktionsevne (ICF), borgere med en eller flere kroniske sygdomme for KRAM-faktorer.
- Enkel og let indgang for henvisninger til kommunen vedr. forebyggelsestilbud. Samt mulighed for at borgere selv kan henvende sig.
- Ved henvisning tages udgangspunkt i den fælles differentieringsmodel, således at hospital, kommuner og almen praksis har det mest intensive samarbejde om patienter med det største behov.
- Epikrise til egen læge ved opstart og afslutning af forebyggelsestilbud.
- Udbrede viden om brugen af sundhed.dk til frontpersonalet.
- Ved hjælp af fælles auditering blive opmærksomme på, hvor samarbejdet mellem sektorer kan beredes i forhold til:
 - At forebygge kroniske lidelser og genindlæggelser
 - Borgerens oplevelse af et sammenhængende sundhedsvæsen
 - At anvende tilbuddene optimalt
 - At give borgeren sparring med henblik på at varetage egen sundhed
 - At sikre opfølgning og handling på baggrund af den fælles audit.

Hvem, hvad og hvornår?

- Udvikling og brug af et fælles regionalt screeningsværktøj for særligt sårbare i aftaleperioden.
- Auditering: I aftaleperioden udarbejdes en model for fælles auditering, som efterfølgende skal tages i anvendelse i klyngerne. Modellen skal bl.a. omfatte KRAM-områderne, forløbsprogrammerne samt de opfølgende hjemmebesøg.
- Der skal udarbejdes en metode til at få borgerperspektivet med i forbindelse med fælles audits.
- Der skal desuden ske opfølgning, så det sikres, at auditten fører til handling.

3.3. Styrket forebyggelsesindsats overfor borgere med psykisk sygdom

Mennesker med psykisk sygdom dør 15 – 20 år tidligere end den øvrige befolkning. Det er derfor nødvendigt med indsatser, som kan medvirke til at forebygge risikoadfærd og sikre tidlig udredning og kvalificeret behandling af samtidig somatisk og psykisk sygdom.

Fokus på forebyggelse af somatisk sygdom blandt mennesker med psykisk sygdom

Hvorfor?

- Der er overrepræsentation af langvarige somatiske sygdomme blandt mennesker med psykisk sygdom.
- Der er stor overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom.
- Mennesker med psykisk sygdom har samme ønske om forebyggelsestilbud som andre.
- Sektorvist er der sket en stor udvikling på forebyggelsesområdet i den seneste sundhedsaftaleperiode. Der er behov for fokus på overgange – overlevering mellem sektorer.

Hvordan?

- Screening af borgere med psykisk sygdom for KRAM.
- Let adgang til kommunale sundhedstilbud for borgere med psykisk sygdom.
- Kommunen tilbyder afklarende sundhedssamtaler.
- Regionspsykiatrien sikrer forebyggelsestilbud til langtidsindlagte.
- Borgere med behov for samarbejde på niveau 3+4 (se dialogværktøj for differentieret indsats) kan have brug for mere støtte for at kunne gøre brug af sundhedstilbuddet.

Hvem, hvad og hvornår?

- Regionspsykiatrien og/eller almen praksis screener for KRAM-faktorer og henviser til kommunale tilbud. Det skal sikres, at borgeren/patienten accepterer, at kommunen henvender sig.
- Det er et udviklingsområde at etablere én indgang til kommunale sundhedstilbud og tilbud om afklarende sundhedssamtaler i aftaleperioden.
- I 2015 vil Temagruppen for forebyggelse følge op på det generiske forløbsprogram for psykiske lidelser.

3.4. Forebyggelse af langtidssygemelding hos borgere med psykisk sygdom

For i højere grad at sikre, at borgere med psykisk sygdom bevarer deres tilknytning til arbejdsmarkedet skal der være fokus på at sikre en tidlig og koordineret indsats i forhold til langtidssygemeldinger hos borgere med psykisk sygdom.

Forebyggelse af langtidssygemeldinger hos borgere med psykisk sygdom gennem samarbejde mellem kommune og almen praksis

Hvorfor?

- Mange langtidssygemeldinger kan undgås, hvis der sættes ind i tide.

Hvordan?

- Hotline i kommunens sygedagpenge afdeling, hvor praktiserende læge og regionspsykiatrien kan ringe og få råd og vejledning om hurtig indsats herfra, når de har en patient, som vurderes i risiko for at blive langtidssygemeldt.
- Der skal være mulighed for at kommunen straks kan tilbyde borgere med risiko for langtidssygemelding op til tre samtaler med fastholdelseskonsulenter om mulige indsatser for at forhindre en sådan. Der kan evt. gøres forsøg med, at samtalerne kan være anonyme, da borgerne kan være følsomme overfor at tage kontakt til "systemet".

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden gøres der erfaringer med forskellige modeller for 'hotline' til Jobcentret i kommunen ved risiko for langtidssygemelding.

- Under sygemelding kan uopdaget depression betyde manglende bedring i tilstanden og forlænge sygemeldingsperioden.

- Tidlig screening for depression.

- Fortsat implementering af forløbsprogrammet for depression i alle sektorer.

3.5. Indsatser i forhold til rygning, alkohol og overvægt

Rygning, alkohol og overvægt er væsentlige risikofaktorer i forhold at udvikle en række sygdomme. Endvidere er der en betydelig ulighed, når vi ser på risikoadfærd i forbindelse med eksempelvis rygning, alkohol og vægt.

Rygning – Systematisk indsats for at mindske tobaksforbruget

Hvorfor?

- Rygning er en af de væsentligste forebyggelige enkelt-rikofaktorer i relation til en lang række sygdomme, f.eks. hjerte-karsygdomme, forskellige kræftformer og KOL.
- Rygning giver øget risiko for komplikationer, forværret sygdomsforløb, dårligere heling efter operation og øget risiko for multisygdom.
- Der er en stor social ulighed i sundhed forbundet med rygning.
- Selv om andelen af rygere er faldet signifikant fra 2006-2013, er der stadig 18 % i Region Midtjylland, som ryger dagligt. 70 % af rygerne har et ønske om at stoppe med at ryge.

Hvordan?

- Praktiserende læger og hospital henviser borgere til kommunale rygestoptilbud (såfremt der ikke i eget regi er et relevant rygestoptilbud).
- Henvisning gælder for borgere generelt og i særdeleshed for storrygere, borgere med nyopdaget kronisk sygdom, KOL-patienter, gravide eller borgere, som skal opereres
- Styrke frontpersonalet i at have opmærksomhed på rygevaner.

Hvem, hvad og hvornår?

- Praktiserende læger og hospital henviser til kommunale forebyggelsestilbud.
- Kommuner, almen praksis og hospital – herunder jordemødre – udvikler i aftaleperioden en systematisk indsats, der øger rekruttering af rygere til rygestopindsatserne, og sikrer alle rygere får rådgivning om rygestop og relevant henvisning til (målrettede) rygestoptilbud

Alkohol – Sammenhængende og forebyggende indsats mod sundhedsskadeligt forbrug og misbrug af alkohol

Hvorfor?

- Alkohol øger risikoen for kroniske sygdomme. Et stort alkoholforbrug kan samtidig have en række afledte negative konsekvenser som arbejdsskader, trafikuheld, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisser, omsorgssvigt af børn og kriminalitet.
- 22% af befolkningen i Region Midtjylland har mindst én af tre former for risikabelt alkoholforbrug. Alkohol er skyld i 20 % af alle sygehusindlæggelser.
- Forskellige kommuner har forskellige tilbud. Der mangler viden om behandlingsmuligheder for såvel borger som personale i sektorerne.

Hvordan?

- Enkel og let adgang for henvisninger til kommunen forebyggelsestilbud. Borgere henvises til kommunale alkoholtillbud med det formål, at flere end tidligere får relevant tilbud.
- Fælles kompetenceudviklingsindsats for udbredelse af kort motiverende alkoholsamtale og fælles nedbrydning af tabuer omkring alkohol, og øget viden om alkohol og forebyggelse af alkoholskader

Hvem, hvad og hvornår?

- Praktiserende læger og hospital henviser borgere til kommunale forebyggelsestilbud og alkoholtillbud.
- Kommuner sikrer enkle og lette henvisningsveje.
- Fælles kompetenceudviklingsindsats igangsættes i aftaleperioden. Der arbejdes med fælles oplæring af koordinatorer/ressourcepersoner.

I forhold til rusmidler henviser hospitaler og almen praksis borgere med afhængighed eller skadeligt forbrug og deres familier til kommunale forebyggelses- og behandlingstilbud.

Overvægt- Fælles strategi for indsatser i forhold til overvægt

Hvorfor?

- Over halvdelen af den voksne befolkning i regionen er overvægtige – 16 % er svært overvægtige.
- Svær overvægt er sundhedsskadeligt, og de helbredsmæssige problemer stiger med graden af overvægt.

Hvordan?

- Der er udarbejdet en fælles strategi for indsatser på området. (Se værktøjskasse)
- Målet er at forebygge udviklingen i andelen af befolkningen, der er overvægtige og andelen, der bliver svært overvægtige samt skabe rammer for et sundt liv.

Hvem, hvad og hvornår?

- Strategien implementeres i alle sektorer.
- I henhold til strategien arbejdes der med systematisk monitorering af indsatserne.

3.5.1 Styrket forebyggelse for børn med overvægt

Overvægt hos børn og unge kan have store psykosociale konsekvenser. f.eks. er den oplevede livskvalitet blandt børn og unge med overvægt på samme niveau som børn med cancer. En tidlig forebyggende indsats kan desuden være med til at afhjælpe en række livsstilssygdomme i voksenlivet. På nuværende tidspunkt mangler der dog et fælles evidensgrundlag for, hvilke indsatser mod overvægt, der virker på længere sigt. Det er således vigtigt, at der arbejdes på at opbygge en ensartet, systematisk monitorering og opfølgning af populationen på tværs af geografi, kommunestørrelse og sektorgrenser, der kan bidrage med et samlet vidensgrundlag om forebyggelse og behandling af børn og unge.

Systematisk monitorering af overvægtsindsatser målrettet børn og unge

Hvorfor?

- Der er ca. 55.000 overvægtige børn og unge (0-17 år) i Region Midtjylland.
- 70 % af de overvægtige børn og unge forbliver overvægtige i voksenlivet og har dermed forhøjet risiko for at udvikle en række livsstilssygdomme.
- Der mangler en fælles systematisk monitorering af hvilke initiativer, der virker for det langsigtede vægttab.
- Kommunerne indberetter tal til Børnedatabasen samt til Børns Sundhed, men data er svært sammenlignelige.

Hvordan?

- Der udarbejdes en fælles model for bedre og mere ensartet monitorering af indsatser.

Hvem, hvad og hvornår?

- Forslag til fælles model for monitorering udarbejdes i løbet af aftaleperioden.

3.6. Styrket forebyggelse for unge

Hvis livsstilssygdomme skal forebygges, er det vigtigt at sætte ind så tidligt i livet som muligt. Styrket forebyggelse for unge er derfor et særligt udviklingsområde i aftaleperioden.

Styrket forebyggelse for unge (16 – 24 årige)

Hvorfor?

Forebyggelse livsstil

- Ved at lave en fælles fokuseret indsats i forhold til unge med begyndende livsstilsproblematikker er det muligt at bremse udviklingen og forebygge livsstilssygdomme.
- Der er stor social ulighed i forhold til KRAM-faktorerne i denne målgruppe. En generel indsats vil kunne være med til at mindske den sociale ulighed på sigt.

Hvordan?

- Screening og henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.
- Enkel og let adgang for henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.

Hvem, hvad og hvornår?

- Hospitaler og praktiserende læger screener unge for KRAM, og henviser til kommunalt forebyggelsestilbud.
- I aftaleperioden gøres forsøg med, at der også kan henvises på baggrund af andre bekymringsfaktorer fx sociale udfordringer, og mental sundhed.
- Kommunerne har i løbet af aftaleperioden tilbud i forhold til KRAM og misbrug til de 16-24årige – som minimum et tilbud om en sundhedssamtale efter henvisning fra egen læge eller hospitalet.

Styrke unges seksuelle sundhed

- Unge dyrker usikker sex, og har ikke lyst til at gå til egen læge med seksuelle problemer.
- Klamydia er den hyppigst forekommende seksuelt overførbare sygdom.
- Uønsket graviditet kan forebygges.

- Udvikle særlige tilbud til unge som fx 'ungemodtagelser', hvor der er én indgang til rådgivningsfunktioner, og som bygger på, at den unge frivilligt kan henvende sig i et tilbud, der er let tilgængeligt og kun henvender sig til unge.

- I aftaleperioden gøres forsøg med pilotprojekter.

3.7. Styrket forebyggelsesindsats for mennesker med en eller flere kroniske og langvarige sygdomme

En stor del (67 %) af den voksne befolkning i Region Midtjylland har en eller flere kroniske sygdomme. Der er derfor et stort potentiale i at sikre en forebyggende og sammenhængende indsats til borgere med kronisk sygdom.

Forebyggende og sammenhængende indsats overfor mennesker med en eller flere kroniske og langvarige sygdomme

Hvorfor?

- Behandling af kroniske sygdomme går ofte på tværs af sektorgrænser.
- Kronisk sygdom opleves af mange som en belastning i dagligdagen, og det skønnes, at 70-80% af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på kroniske sygdomme.
- Ved tidlig opsporing er det muligt at forebygge at yderligere sygdomme opstår og bremse udvikling af eksisterende sygdomme.
- Multisygdom medfører forøget dødelighed, nedsat livskvalitet og fysisk funktionsevne, større risiko for indlæggelse på hospital og at indlæggelsen bliver af længere varighed.

Hvordan?

- Screening af borgere med kronisk sygdom for KRAM og henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.
- Enkelt og let adgang for henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.
- Forløbsprogrammer for hjertekar, KOL, diabetes, lænde-ryg og depression.
- Udarbejdelse af ny fælles strategi for udvikling af indsatser for mennesker med kronisk sygdom.
- Med inspiration i livsstilscafeen kan der evt. etableres supplerende kommunale forløb til de eksisterende patientuddannelsesforløb, som har fokus på ændring af livsstil for sårbare grupper med multisygdom eller længerevarende psykisk sygdom.

Hvem, hvad og hvornår?

- Hospital og praktiserende læger screener i relevant omfang for KRAM og henviser til kommunale tilbud.
- Revision af forløbsprogrammer for hjertekar, KOL og diabetes.
- Fortsat implementering af forløbsprogrammerne for lænde-ryg og depression.
- Monitoreringen af forløbsprogrammerne fortsættes i regionalt regi.
- Regionen tager initiativ til at invitere kommunerne og de praktiserende læger til samarbejde om udarbejdelse af en fælles strategi for indsatsen overfor mennesker med kronisk sygdom i aftaleperioden.

3.8. Styrket forebyggelse forud for operation

Styrket forebyggelse forud for operation

Hvorfor?

- For at opnå bedre operationsresultater.
- Borgere vil ofte være mere motiverede for forebyggelse i forbindelse med en operation.

Hvordan?

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden er der fokus på indsatser, som skal styrke forebyggelsen i forbindelse med operation.

3.9. Den regionale rådgivningsforpligtelse

Regionen rådgiver kommunerne i henhold til Sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

Der er indgået aftale om en række faste elementer i den regionale rådgivning samt nogle initiativer/indsatser, som regionen laver ved behov og efter nærmere aftale med kommunerne.

Den regionale rådgivningsforpligtelse

Hvorfor?

- Sundhedsfremme og forebyggelse bør bygge på faktuel viden om befolkningens sundhed.
- Monitorering og evaluering af sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter er vigtige elementer i en effektiv forebyggelsesindsats.
- Ved aktiviteter, der skal fremme social lighed i sundhed, er det vigtigt at holde øje med, at man får fat i de målgrupper, der har størst behov.

Hvordan?

Faste elementer i rådgivningen:

- Udarbejdelse af og rådgivning om Sundhedsprofilen 'Hvordan har du det'.
- Understøttende aktiviteter i forhold til evaluering og monitorering.
- Udvikling og vedligeholdelse af evaluerings- og monitoreringsværktøjet MOEVA.
- Rådgivning om hygiejne.

Initiativer efter nærmere aftale med kommunerne:

- Overbliksskabende initiativer - kortlægninger etc.
- Uddybende analyser af sundhedstilstanden på baggrund af Hvordan har du det?
- Facilitere temagrupper og temadage i forhold til den patientrettede forebyggelse.
- Udgående funktioner fra hospitalerne.
- Rådgivning i forbindelse med opgaveoverdragelse.
- Uddannelser til frontpersonale, der understøtter implementering af sundhedsaftalen.

Hvem, hvad og hvornår?

- Der sker en løbende dialog om kommunernes rådgivningsbehov i regi af Temagruppen for forebyggelse.

3.9.1 Forskning, kvalitetsudvikling og dokumentation

Regionen og kommunerne i Region Midtjylland forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige viden og evidens.

Region Midtjylland har i samarbejde med kommunerne i regionen dannet samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten" for i fællesskab at støtte forsknings- og udviklingsarbejdet i regionen. Gennem bidrag på 1 krone pr. borger både fra kommunerne og regionen bliver der afsat et årligt beløb på 2,5 mio. kr. til forskning og udvikling i den fælles opgaveløsning om folkesundhed. (www.fim.rm.dk)

Der er etableret et Ledelsessamarbejde mellem Aarhus Universitet og Region Midtjylland. Der er udarbejdet forskningsstrategi med særligt fokus på tværsektorielle forskningsprojekter.

I Koordinationsudvalget for folkesundhedsområdet under LUR er der et formaliseret samarbejde med kommunerne og udarbejdet en fælles tværsektoriel handleplan for forskningssamarbejdet med følgende forskningstemaer:

- Forbedring af udsatte gruppers gode leveår og middellevetid
- Rehabilitering med fokus på udsatte grupper og hverdagsliv
- Social- og sundhedsvæsenets organisering og funktion

3.10. Indikatorer

Forebyggelse

Indsats

Flere borgere henvises til kommunale forebyggelsestilbud (audit)

Indikator

90 % af fællesaudits inddrager borgere

Baseline/data

Indsats

Flere borgere henvises til kommunale forebyggelsestilbud (audit)

Indikator

Stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis og hospital til kommunale forebyggelsestilbud

Baseline/data

Udarbejdes

Indsats

Styrket indsats for unges seksuelle sundhed

Indikator

Færre dyrker usikker sex blandt 16-24 årige fald fra 23 % til 20 %

Baseline/data

23% (hvordan har du det)



4 Behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering

Dette kapitel omhandler, hvordan hospitaler, kommuner og almen praksis sikrer, at alle borgere med behov for rehabilitering, pleje- og behandlingsindsats og genoptræning tilbydes en sammenhængende indsats af høj kvalitet. Aftalen omhandler både somatiske og psykiatriske tilbud og indsatser.

I aftaleperioden vil kommuner, region og praksissektor styrke indsatsen og det tværsektorielle samarbejde for:

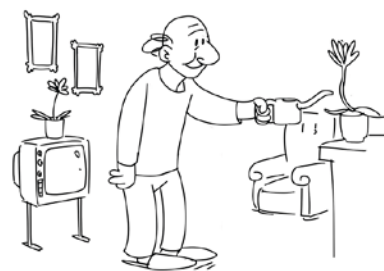
1. Rehabilitering

2. Pleje og behandling

- Forebyggelse af akutte patientforløb herunder forebygge akutte indlæggelser ved:
 - tidlig opsporing og indsats
 - styrke behandling i eget hjem og nærmiljø
- den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse
- borgere med psykisk sygdom

3. Hjælpemidler og behandlingsredskaber

4. Træning



4.1. Rehabilitering

Rehabilitering betragtes som en overordnet ramme for kommunernes og regionens indsats i forbindelse med behandling, pleje og genoptræning.

Rehabilitering defineres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgere, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske, og eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Hvidbog om rehabilitering, s. 16, 2004).

I praksis vil en rehabiliterende tilgang kræve, at borgeren og evt. pårørende involveres aktivt i hele rehabiliteringsprocessen og, at rehabiliteringen tager udgangspunkt i og inddrager borgerens mål og ressourcer samt pårørende. Rehabilitering udøves af en bred vifte af medarbejdere med eksempelvis en sundheds- eller socialfaglig uddannelse.

For at sikre sammenhængende forløb er det essentielt, at kommunerne og hospitalerne samarbejder om den enkelte borger, men også, at sektorerne samarbejder internt, eksempelvis sundhed, social og beskæftigelse/arbejdsmarked.

Kommunerne og regionen vil i aftaleperioden arbejde på at udbrede en fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet og rehabiliteringsindsatsen på tværs af sektorer og fagligheder og herunder en klar forståelse af sondringen mellem almen rehabilitering og sygdomsspecifik rehabilitering.

Kommunerne har ansvaret for alle rehabiliteringsindsatser efter den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne. Dog har regionen – hospitaler og praksissektor – et medansvar for sygdomsspecifik rehabilitering.

For at omsætte de politiske visioner og mål vil vi i aftaleperioden arbejde for, at rehabiliteringsindsatsen er sammenhængende og for integrerede forløb både internt i og på tværs af sektorerne.

Sammenhængende rehabiliteringsforløb

Hvorfor?

- Sikre, at den rehabiliteringsindsats, borgerne får, koordineres internt i og på tværs af sektorerne.
- Borgere, der har behov for et egentligt rehabiliteringsforløb, som indeholder flere parallelle indsatser (eksempelvis borgere med neurologiske sygdomme, erhvervet hjerneskade, kræft, multitraume og psykiske sygdomme), har ofte behov for en høj grad af koordinering internt i og på tværs af sektorerne.

Hvordan?

- Rehabiliteringsindsatsen skal koordineres internt i sektorerne mellem afdelinger/forvaltninger og på tværs af sektorerne.

Hvem, hvad og hvornår?

- Regionen og kommunerne er ansvarlige for at sikre sammenhængende forløb internt i og på tværs af sektorerne. Dette sikres ved, at kommuner og hospitaler har interne og fælles retningslinjer for koordinering af indsatsen omkring den enkelte borger.
- Koordineringen af forløb påbegyndes, når den enkelte borger opstarter sit forløb.
- I aftaleperioden udvikles og afprøves nye metoder, som i højere grad understøtter integrerede rehabiliteringsforløb.

Region Midtjylland og kommunerne i regionen har udarbejdet sundhedsaftaler og forløbsprogrammer for udvalgte patientgrupper, hvori der er særlig fokus på koordinering af de ofte komplekse rehabiliteringsforløb. Se afsnit 6.4, 6.7, 6.9 og 6.12.

4.2. Pleje og behandling

Dette afsnit omhandler pleje og behandling – herunder bl.a. patienters indlæggelse og udskrivelse fra somatisk eller psykiatrisk hospital, akutindsats og ambulans behandling samt hjælpemidler og behandlingsredskaber.

4.2.1. Forebygge akutte patientforløb

En række akutte indlæggelser kan forebygges, når vi gennem en proaktiv indsats kan være på forkant med indlæggelse, og når vi udvikler og etablerer alternativer til indlæggelse, hvor behandling og pleje kan iværksættes straks. Derfor har kommuner, hospitaler og almen praksis i aftaleperioden fokus på at udvikle og tilbyde indsatser, som kan medvirke til, at en del af de forløb, der i dag er akutte, ikke udvikler sig hertil. Borgerne vil i mange tilfælde få et langt bedre forløb, hvis deres begyndende sygdom bliver opdaget i tide, og hvis behandlingsindsatsen er planlagt eller subakut.

Tidlig opsporing

Tidlig opsporing er en systematisk måde til at opdage begyndende sygdomme eller faldende funktionsniveau hos borgerne. Formålet er at være på forkant – at handle i tide, inden det faldende funktionsniveau eventuelt resulterer i en hospitalsindlæggelse.

En vigtig del af indsatsen sker:

- Hos praktiserende læge, hvor ændringer hos borgeren observeres:
 - når borgeren selv henvender sig på baggrund af ændringerne i tilstanden.
 - når borgeren henvender sig om andre helbredsmæssige problemstillinger.
 - ved sygebesøg.

Egen læge kontakter kommunen, når der er behov for forebyggende tiltag. I aftaleperioden udvikles samarbejdet mellem kommune og praktiserende læge om forebyggende indsatser.

- Hos det kommunale personale:
Kommunale sundhedspersoner, der kommer ved borgeren i det daglige registerer og handler på ændringer i tilstanden.
- På hospitalet, som i flere tilfælde ser borgeren før kommunen har haft kontakt til borgerne.

Tidlig opsporing af begyndende sygdom

Hvorfor?

- At forebygge, at sygdom udvikler sig til akutte forløb.
- At begyndende sygdom opspores tidligt, og der handles, hvis nødvendigt.
- At udvikle kvaliteten af pleje og behandling af borgerne.
- At sikre høj kvalitet i den tværfaglige og tværsektorielle kommunikation om borgerne.

Hvordan?

- Kommunerne registrerer systematisk observationer af hverdagsindikatorer: Hverdagsindikatorer er små tegn på ændringer i borgerens normale adfærd, som kan være udtryk for, at der er ændringer i sundhedstilstanden. Hverdagsindikatorerne fortæller ikke noget om, hvad der præcist er i vejen, kun at noget ikke er, som det plejer at være.
- Kommunerne anvender TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) – systematisk observationsværktøj, hvor ændringer i en borgers tilstand erkendes tidligt af kommunen, så behandling om nødvendigt kan iværksættes rettidigt.
- Foruden måling af de vitale parametre indeholder TOBS også retningslinjer for, hvordan der skal reageres på afvigelser fra det normale (se værktøjskassen).
- Vagtlæge og praktiserende læge identificerer patienter, der har funktionstab eller andre udfordringer, der indikerer et behov for en kommunal indsats.
- Hospitalerne identificerer patienter, der forud for hospitalskontakten har et funktionstab eller andre udfordringer, der indikerer et behov for en kommunal indsats.

Hvem, hvad og hvornår?

- Der skal i aftaleperioden udarbejdes klare retningslinjer for hvor ofte, hvordan og hvem, der skal orienteres om ændringerne.
- Kommunerne iværksætter TOBS i aftaleperioden.
- Praktiserende læge/vagtlæge tager kontakt til kommunen herom.
- Hospitalet tager kontakt til kommune og praktiserende læge herom.

Styrke behandling i eget hjem og nærmiljø

En forudsætning for at ville opholde sig hjemme på trods af sygdom er, at man føler sig tryk og oplever, at man modtager den relevante behandling og støtte og har let adgang til rådgivning og hjælp i akutte situationer. Dette gælder uanset, om man er psykisk syg eller somatisk syg. Mulighederne for at komme sig hænger tæt sammen med at kunne fastholde sine relationer og netværk samt at få en tilknytning til eller fastholde relationen til uddannelse eller arbejde.

En omlægning af patientforløb, så behovet for akutte indlæggelser reduceres, kræver et sammenhængende sundhedsvæsen 24 timer i døgnet 7 dage om ugen 365 dage om året med en høj kvalitet uanset, hvor behandlingen foregår. Samarbejdet mellem hospital, kommuner og almen praksis sker på den grundlæggende præmis, at patienter, som har brug for behandling, som ikke kan iværksættes forsvarligt i patientens eget hjem eller nærmiljø, altid skal kunne tilbydes hospitalsindlæggelse. Omvendt er det også en præmis,

at hvis indlæggelse kan forebygges og hvis behandling, observationer og pleje kan iværksættes i hjemmet/nærmiljøet eller omlægges til ambulante behandling, vil dette ofte være det mest hensigtsmæssige for borgeren og for samfundet. Derfor vil der i aftaleperioden være stort fokus på, at region, kommuner og almen praksis samarbejder om at udvikle alternative indsatser til indlæggelse. Patienter og pårørende er nøgleaktører både i udviklingsarbejdet og i de konkrete indsatser.

Styrkelse af behandling i eget hjem vil ofte indebære, at der sker ændringer i opgavefordelingen mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger – jf. afsnit om skalering og opgaveoverdragelse.

Det er en del af denne aftale, at forudsætninger for behandlinger i eget hjem/nærmiljø er så ens som muligt i hele regionen, herunder de økonomiske konsekvenser for borgeren.

Kommunernes indsatser for at afkorte indlæggelser, forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser – somatisk sygdom

Hvorfor?

- At reducere behovet for akutte indlæggelser ved inden for få timer at iværksætte pleje, observationer og/eller behandling i hjem eller nærmiljø.
- At reducere risikoen for genindlæggelse ved at følge op på pleje og behandlingsindsatser, når patienten efter udskrivelse fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.
- At borgeren kan modtage behandling og pleje i nærmiljøet tæt på borgerens hverdagsliv.
- At borgeren modtager tilbud på lavest effektive omkostningsniveau.
- At borgere kan være trygge i behandling og plejeindsatser, som iværksættes i borgerens eget hjem og i borgerens nærmiljø.

Hvordan?

- Udbygning af kommunale akutfunktioner, hvilket vil sige indsatser, der leveres inden for få timer, og som kan iværksættes på alle tider af døgnet og alle dage i løbet af ugen (herunder også på søn- og helligdage). Kommunale akutfunktioner kan f.eks. være organiseret som kommunale akutpladser eller et udkørende team.
- Formålet med kommunale akutfunktioner er dels at yde en proaktiv indsats mhp. at forebygge forværring af sygdom, dels at følge op på hospitalets pleje- og behandlingsindsats, når patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.
- Kommunerne har udarbejdet fælles minimumsstandarder for tilbud, der kan betegnes som akutpladser. Herunder, at der på kommunale akutpladser er sygeplejersker tilgængelige døgnet rundt, og at disse sygeplejersker har minimum 2 års erfaring som sygeplejerske.
- Almen praksis, kommuner, hospitaler skaber synlighed og opmærksomhed på alternativer til indlæggelse i henvisningssituationen. Se oversigt i værktøjskassen.

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden indgås aftaler om:
 - Fælles beskrivelse af kapacitet i kommunale akutfunktioner.
 - Hvordan, der henvises til kommunale akutfunktioner.
 - Præcisering af rammerne for samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud.
 - Herunder rammer for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer.
 - Udvikle én indgang til kommunale akuttilbud 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen.
 - Der skal i praksisplanen udarbejdes en underliggende aftale med almen praksis for lægedækning, herunder lægebetjening af akutpladser. Der skal i fællesskab opstilles og måles på effektmål for de kommunale akutfunktioner.

Hospitalernes indsatser for at afkorte indlæggelser, forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser – somatisk sygdom

Hvorfor?

- At reducere behovet for akutte indlæggelser og genindlæggelser.
- At understøtte indsatsen uden for hospitalet og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorer, så borgeren oplever et sammenhængende patientforløb.
- Medvirke til at sikre, at borgeren kan komme hurtigt hjem i vante omgivelser efter en indlæggelse.

Hvordan?

- Udvikling af de ambulante tilbud: for borgere med symptomer, der kræver hurtig udredning og afklaring, og hvor der ikke er akut behov for pleje og observationer eller behandling i forbindelse med indlæggelse i en hospitalsseng.

- Udgående funktioner fra hospitalerne.

- Øget mulighed for telefonkonsultation imellem almen praksis og hospitalet (såvel akutlæger og speciallæger).

- Tilbud om rådgivning og vejledning til kommuner telefonisk og telemedicinsk.

- Tilbud om åben indlæggelse for udvalgte patientgrupper.

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden udvikles og udbygges akut ambulatorium/diagnostisk center: Hospitalet tilbyder subakutte tider, så borgeren har mulighed for at blive udredt dagen efter.

- Der arbejdes med udvikling af forskellige typer af udgående funktioner fra hospitalerne, som vil muliggøre:
 - udredning i eget hjem/nærmiljø
 - behandling i eget hjem/nærmiljø
 - opfølgning på indlæggelsen

- Hospitalerne giver tilbud om telefonisk rådgivning og vejledning. Kan benyttes forud for en evt. indlæggelse og efter udskrivelse.

- I aftaleperioden afprøves modeller.

Almen praksis' indsatser for at afkorte indlæggelser, forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser – somatisk sygdom

Hvorfor?

- At reducere behovet for akutte indlæggelser og genindlæggelser
- Medvirke til at sikre, at borgeren kan komme hurtigt hjem i vante omgivelser efter en indlæggelse
- At borgeren kan modtage behandling og pleje i nærmiljøet tæt på borgerens hverdagsliv
- At borgeren modtager tilbud på lavest effektive omkostningsniveau

Hvordan?

- Lægedækning herunder den lægelige betjening af kommunale akutpladser
- Praktiserende læge kan i forbindelse med sygebesøg aftale, at kommunen deltager med hjemmesygeplejerske.
- Vagtlæge og praktiserende læge identificerer borgere, der har funktionstab eller andre udfordringer, der indikerer et behov for en kommunal indsats

Hvem, hvad og hvornår?

- Der skal i praksisplanen udarbejdes en underliggende aftale med almen praksis for lægedækning, herunder lægebetjening af akutpladser. Der skal i fællesskab opstilles og måles på effektmål for de kommunale akutfunktioner
- Der afprøves i aftaleperioden andre former for hjemmebesøg - som ikke nødvendigvis sker i forlængelse af en udskrivelse. F.eks. situationer, hvor praktiserende læge fornemmer, at borgerens funktionsniveau er dalende, og hvor der kunne være behov for sammen med hjemmesygeplejersken at få lagt en handleplan.
- Praktiserende læge/vagtlæge tager kontakt til kommunen herom.

Opfølgende hjemmebesøg

Udbredelse af opfølgende hjemmebesøg til hele regionen blev besluttet i forrige sundhedsaftaleperiode. I den kommende periode skal indsatsen konsolideres og videreudvikles.

Opfølgende hjemmebesøg

Hvorfor?

- At sikre opfølgning på indlæggelse, og at egen læge og hjemmesygeplejerske sammen med borger får lagt en handleplan.

Hvordan?

- Opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland.

Hvem, hvad og hvornår?

- Med afsæt i patientscreeninger på hospitalet gennemfører kommuner og praktiserende læger opfølgende hjemmebesøg (se værktøjskasse – retningslinje samt flowchart skema). I aftaleperioden arbejdes på at afprøve screening allerede ved indlæggelse samt at praktiserende læge kan initiere et opfølgende hjemmebesøg.

Udviklingsindsatser i perioden

Vi udvikler og afprøver løbende forskellige samarbejdsmodeller og indsatser for hele tiden at optimere/innovere/tænke nye utraditionelle løsninger. Indsatserne evalueres, og resultater og erfaringer udveksles med henblik på en mulig opskalering til hele regionen for at:

- Lære af hinandens erfaringer på tværs af kommuner, hospitalsenheder og lægepraksis (klynger)
- Skabe synlighed om iværksatte projekter
- Udvikle løsninger til kommunikation mellem sektorer og med inddragelse af borger og pårørende, når borgeren er i eget hjem.
- Med henblik på at sikre overblik over kommunale og regionale akuttilbud udvikles en APP til almen praksis med kontaktoplysninger og GPS.
- Sikre øget indsats/fokus på brug af populationsdata i almen praksis – gerne i samarbejde med hospitalerne, og med aftaler om, at praktiserende læger kan være proaktive ift. kommunen, hvis der opleves særlige behov.
- Akuthospitaler i regionen arbejder med Patientsikkert Flow. Dette indebærer bl.a., at udskrivelse af patienter planlægges meget mere præcist, helt nede på timebasis. I aftaleperioden inddrages kommuner og praktiserende læger i udviklingsarbejde herom og indlæggelses- og udskrivelsesmønstre følges tæt.

Velfærdsteknologiske løsninger og telemedicin

Telemedicin vil i et vist omfang kunne erstatte fysiske ydelser i sundheds-væsnet og dermed understøtte flere sundhedsløsninger tæt på borgeren på borgerens præmisser. Samtidig kan telemedicin bidrage til et tættere tværsektorielt samarbejde. Telemedicinske løsninger er et udviklings- og indsatsområde i de kommende år og tænkes relevant for en lang række patientgrupper. Der er allerede igangsat en del telemedicinske projekter. Disse projekter vil løbende udvikles og følges i sundhedsaftaleperioden med henblik på en mulig opskalering.

Af telemedicinske projekter, som dækker hele regionen, kan nævnes telemedicinsk sårvurdering, som en del af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin.

Telemedicinsk sårvurdering

Hvorfor?

- Forbedre kvaliteten af behandling og pleje af sår.
- Spare transporttid for patienter.
- Mulighed for at tilrettelægge patientforløb der i højere grad tilgodeser patienten/borgeren samt øger patienttilfredsheden.
- Effektivisere behandlingen.

Hvordan?

- Telemedicinsk sårvurdering giver mulighed for:
 - At behandlere kan dele data og billeder på tværs af sektorer.
 - At borgerne har mulighed for at følge behandlingsforløbet og kommunikere med de sundhedsprofessionelle som er involveret i behandlingen.
 - At understøtte tværsektorielle behandlingsforløb.
 - Øget kompetenceudvikling gennem samarbejde.

Hvem, hvad og hvornår?

- Alle relevante patienter med venøse bensår og diabetiske fodsår (og andre komplekse sår).
- I april 2015 er det aftalt, at det er udbredt til alle kommuner i regionen. Mindst 40 pct. af de relevante borgere er inkluderet i telemedicinsk sårvurdering.
- Telemedicinsk sårvurdering bliver en integreret del af sårbehandling på alle hospitaler i aftaleperioden.
- I aftaleperioden udfoldes almen praksis' rolle.

Særligt om behandling af børn og unge

En del børn og familier trives bedst med at være hjemme i vante omgivelser, når barnet bliver sygt. Det kan være en stor belastning for børn og familier at være indlagt.

Behandling af børn og unge i eget hjem

Hvorfor?

- For at understøtte, at børn og familier, så vidt muligt, kan fastholde deres hverdag.
- Fordi der er muligheder i at inddrage barnets og familiens nærmiljø.

Hvordan?

- I løbet af aftaleperioden undersøges mulighederne for at udvikle, udbrede og evaluere behandlingen af børn og unge i eget hjem.

Hvem, hvad og hvornår?

- Der skal udarbejdes en beskrivelse af, hvilke målgrupper og behandlingstyper, der egner sig til behandling i hjemmet.
- Herunder er det vigtigt, at forældrene har de nødvendige ressourcer til, og ønske om, at behandling finder sted i eget hjem.

4.2.2. Den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse

Der er stadig borgere, der oplever at falde mellem to stole, og oplever utrygge overgange mellem sektorer. Derfor skal vi bygge videre på de erfaringer, vi allerede har gjort os, og fortsætte samarbejdet om at sikre velkoordinerede indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

Den velkoordinerede indlæggelse

Hvorfor?

- Opnå at patienten oplever trygge og koordinerede overgange i indlæggelsessituationen.

Hvordan?

- Indlæggelse tager afsæt i den fælles differentieringsmodel således, at hospital, kommuner og almen praksis har det tættest velkoordinerede samarbejde om patienter med størst behov. (jf. afsnit 2.6)
- Indlæggelse sker på borgerens præmisser – og sker derfor i dialog med patient og pårørende.

Hvem, hvad og hvornår?

- Ledsageordning for patienter med kommunikationsvanskeligheder.

- I aftaleperioden udarbejdes aftale om ledsageordning.

- Høj kvalitet i kommunikationen mellem sektorer.

- Anvendelse af elektronisk kommunikation ved indlæggelse (MedCom standarder – jf. aftaledel om it og digitale arbejdsgange).

- Kommunerne sender indlæggelsesrapport til hospitalet ved indlæggelse

- Anvendelse af ISBAR (identifikation, situation, baggrund, analyse, råd).

- (Se værktøjskasse).

Den velkoordinerede udskrivelse

Hvorfor?

- Opnå at patienterne oplever trygge og koordinerede overgange i udskrivelsessituationen.
- Sikre smidige sektorovergange.
- Sikre den gode overlevering.

Hvordan?

- Udskrivelse tager afsæt i den fælles differentieringsmodel således, at hospital, kommuner og almen praksis har det tætteste velkoordinerede samarbejde om patienter med størst behov. (jf. afsnit 2.6)
- Planlægningen af udskrivelsen begynder ved indlæggelsen.

Hvem, hvad og hvornår?

- Kommuner, hospital og almen praksis anvender modellen.
- Kommuner, hospitaler og almen praksis anvender værktøj vedr. den gode udskrivelse – (se værktøjskasse).

- Udskrivelse sker på borgerens præmisser – planlægningen af udskrivelse sker derfor i dialog med patient og pårørende.

- Via MedCom standarderne og sikre dialog fra start (jf. til rammeaftalen omkring brug af sygehus-hjemmepleje-standarder). Hospitalet sender udskrivningsrapport ved udskrivelse.

- Inddragelse af kommuner i udskrivelsesforløbet så hurtigt som muligt.
- Kommunerne understøtter hurtig udskrivelse med smidige sagsgange og tilgængelighed, således at borgeren kan komme hjem – også aften og weekend.

- Hospitalerne inddrager kommunerne. Udskrivelsestidspunktet aftales i et samarbejde mellem kommunen og hospital således, at patienten er klar til at blive udskrevet den dag, patienten bliver registreret som færdigbehandlet, og således, at kommunen har den fornødne tid til at forberede, at patienten kan komme hjem i eget hjem eller til andet kommunalt tilbud.

Særligt om den gode udskrivelse

Gode udskrivelsesforløb og registrering af den færdigbehandlede patient: Planlægningen af et udskrivelsesforløb sker i gensidig anerkendelse af, at det som hovedregel er bedst for borgeren at komme hjem i eget hjem eller andet lokalt tilbud, så hurtigt som muligt. Den gode udskrivelse forudsætter ligeledes forberedelse, herunder udbringning af behandlingsredskaber og hjælpemidler og klargøring af hjemmet. Både hospital og kommune har ansvaret for, at borgeren oplever udskrivelsesforløbet som sammenhængende og koordineret. Af hensyn til afregning af kommunal medfinansiering anvendes Sundhedsstyrelsens definition på en "færdigbehandlet patient":

*"En patient er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. [når] behandling er afsluttet eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten"*⁸. I den elektroniske værktøjskasse findes en uddybning af definitionen med de faglige opgaver og overvejelser, som indgår i den daglige og kliniske praksis.

⁸ Sundhedsstyrelsens vejledning "Registrering af færdigbehandlede patienter", december 2009.

Særligt om dækning af udgifter i forbindelse med børn og unge med kronisk sygdom

Øget tryk i ansøgningsprocesser om dækning af udgifter i forbindelse med børn og unge med en kronisk sygdom

Hvorfor?

- Det er for mange familier forbundet med usikkerhed, når et barn i familien får diagnosticeret en kronisk lidelse, som bl.a. kan være årsag til tabt arbejdsfortjeneste og uforudsete merudgifter.

Hvordan?

- Udviklingsområde: Smidige, trygge og fleksible forløb for familier, der ansøger om dækning af udgifter i forbindelse med deres børns kroniske sygdom.

Hvem, hvad og hvornår?

- Hvor det er muligt, støtter og vejleder hospitalerne familien i at udfærdige ansøgningskemaer i beregning af merudgifter det første år.
- I aftaleperioden samarbejder kommunerne og hospitalerne om at udvikle og afprøve nye, enklere arbejdsgange og ansøgningsprocedurer. Bl.a. afprøves om enklere ansøgninger i forbindelse med dækning af tabt arbejdsfortjeneste, dækning af sandsynliggjorte merudgifter samt udgifter til hjælpemidler, kan forenkle ansøgningsprocessen.



4.2.3. Særligt for borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har større risiko for at dø tidligt sammenlignet med den øvrige befolkning. Borgere med psykisk sygdom har ofte en til to samtidige somatiske sygdomme – ca. en sjettedel har multisygdom. Mange borgere med psykisk sygdom har store vanskeligheder ved at kunne finde rundt i behandlingssystemet, eller har svært ved at møde op og fastholde en behandling. Desuden har der blandt medarbejdere både i kommunalt og regionalt regi ikke været tilstrækkelig fokus på den fysiske tilstand hos borgere med psykisk sygdom. Derfor skal sundhedsindsatserne på alle niveauer og i alle sektorer tilrettelægges, så de mest udsatte grupper også kan sikres den nødvendige udredning og behandling, samt sammenhæng i de ofte mange samtidige indsatser.

Den somatiske behandling til borgere med psykisk sygdom styrkes

Hvorfor?

- Borgere med psykisk sygdom har ofte en eller flere samtidige somatiske sygdomme.
- En række psykiske sygdomme giver i sig selv stigende risiko for fysisk sygdom – en risiko, som stiger med samtidig risikoadfærd.
- Borgere med svær psykisk sygdom eller samtidige komplekse problemer kan have svært ved at tage vare på den nødvendige somatiske behandling, eller at gøre brug af de relevante behandlingstilbud.
- Behandling af psykisk sygdom kan være en nødvendig forudsætning for, at borgeren kan samarbejde om behandling af somatisk sygdom.

Hvordan?

- Patienterne bør, så vidt muligt, være somatisk udredt og relevant somatisk behandling være igangsat ved henvisning til psykiatrien for at sikre, at det ikke er fysisk sygdom, der giver psykiske symptomer eller får betydning for relevant medicinsk behandling.
- Alle relevante parter, specielt almen praksis, kommunen og somatikken inddrages i udarbejdelsen af udskrivningsaftalen/koordinationsplanen.

Hvem, hvad og hvornår?

- Udredning ved praktiserende læge inden og parallelt med henvisning til psykiatrien.
- Vejledning fra regionens psykiatere til almen praksis via forløbsbeskrivelser på praksis.dk.
- Samarbejde og kommunikation via epikrise og korrespondancebreve.
- Ansvar og opgavefordeling ift. vigtig somatisk behandling indskrives i udskrivningsaftalen/koordinationsplanen.
- Der er udarbejdet en fællespsykiatrisk retningslinje for udformning og indhold af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i hospitalsregi (se værktøjskassen)

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner – beskrevet i Psykiatriloven - er et tværsektorielt samarbejdsredskab. Formålet er at støtte og fastholde indsatsen til borgere med psykisk sygdom, som ikke selv mestrer at fastholde behandlingen eller opsøge de relevante kommunale indsatser. I denne sundhedsaftaleperiode er der fokus på, om aftalerne og planerne bliver udarbejdet i et samarbejde med borgeren og de relevante samarbejdspartner, og om de virker.

Udvikling af kvaliteten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Hvorfor?

- Fordi erfaringerne viser, at hvis udskrivningsaftalerne/koordinationsplanerne er af høj kvalitet og udarbejdet i et tværsektorielt samarbejde, er det et rigtigt godt samarbejdsredskab.
- At gode udskrivningsaftaler/koordinationsplaner kan forebygge kritiske hændelser og skabe klarhed over ansvars- og opgavefordelingen i det tværsektorielle samarbejde.

Hvordan?

- Ved de aller første udfald fra aftalt behandlings/rehabiliteringsforløb skal behovet for udskrivningsaftale eller koordinationsplan vurderes.
- Der arbejdes altid på, at det bliver en udskrivningsaftale frem for en koordinationsplan – da det betyder borgerens medvirken.

Hvem, hvad og hvornår?

- Når det under et indlæggelsesforløb vurderes, at patienten vil have gavn af en aftale, indkaldes/inddrages de relevante parter hurtigst muligt.
- Alle parter kan tage initiativ til, at der foreslås udarbejdet en udskrivningsaftale/ koordinationsplan.
- Udvikling af IT-løsninger, der understøtter en fælles udskrivningsaftale/ koordinationsplan og sikker kommunikation herom.

Borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

Der er en stigende erkendelse af, at en parallel og/eller koordineret indsats har væsentlig betydning i forhold til borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Men det er en stor udfordring at sikre en sammenhængende behandling til denne gruppe af borgere. Indsatsen udfordres blandt andet af det delte behandlingsansvar mellem kommune og region. F.eks. viser en intern undersøgelse⁹, at gruppen af patienter, der indlægges under diagnosen alkoholmisbrug og psykisk adfærd er blandt de hyppigste gengangere i både skadestuedelen og den fælles akutafdeling (AUH).

⁹ Marianne Lisby, "Stafet", præsentation i Direktør Forum i februar 2014.

Der er behov for, at samarbejdet på området udfordres på nye måder, og at nye indsatser afprøves. Det er et udviklingsområde i aftaleperioden. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner for mennesker med psykiske lidelser og samtidige misbrug vil være udgangspunkt for arbejdet.

Tværasektoriel udviklingsindsats til borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug

Hvorfor?

- Mange borgere med psykisk sygdom selvmedicinerer via et overforbrug/misbrug af rusmidler.
- Borgere med overforbrug eller misbrug af rusmidler kan udvikle psykisk sygdom.
- Borgere med svær psykisk sygdom og misbrug kan have svært ved at samarbejde om behandlingen.

Hvordan?

- En systematisk erfaringsopsamling på hvordan tværasektorielt samarbejde om borgere, som har brug for koordinerede eller parallelle behandlingsforløb fungerer i Region Midtjylland.
- Udvikling og afprøvning af 2 – 3 prøvehandlinger for at styrke den samlede behandlingsindsats.

Hvem, hvad og hvornår?

- Som en del af forundersøgelsen til udvikling af prøvehandlinger, laves en systematisk erfaringsopsamling.
- Afprøvning af prøvehandlinger i 2 – 3 kommuner eller lokalområder.

4.3. Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Myndigheds- og finansieringsansvaret på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber er placeret i både region og kommune således, at hospitalet udlåner behandlingsredskaber, mens det påhviler kommunerne at udlevere hjælpemidler og træningsredskaber. For at sikre, at borgerne ikke oplever utryghed på grund af unødigt lange sagsbehandlingstider som følge af denne organisering, vil der være et tæt og kontinuerligt udviklings-samarbejde mellem kommuner og region. Derfor er Det Vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber blevet udarbejdet, og det udvides løbende med beskrivelser af ansvarsdeling ml. kommuner og region. Det er endvidere et område, hvor der sker megen ny udvikling – nye hjælpemidler (bl.a. velfærdsteknologi, telemedicin m.m.), som betyder, at der løbende skal tages stilling til opgavefordelingen. Der arbejdes på at udvikle nye samarbejdsformer med henblik på at mindske snitfladeproblematikker på området.

Det Vejledende Afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber

Hvorfor?

- For at borgeren hurtigt og smidigt får de nødvendige hjælpemidler og behandlingsredskaber på trods af uklare snitflader i lovgivningen.
- For at mindske sagsbehandlingstid

Hvordan?

- Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber (se værktøjkasse)

Hvem, hvad og hvornår?

- Kommuner og hospitaler anvender afklaringskataloget.
- Afklaringskataloget revideres løbende i aftaleperioden.

Særligt for høreområdet

Første januar 2013 blev myndigheds- og finansieringsansvaret for høreapparatområdet samlet i regionerne. Regionerne udbetaler således det offentlige tilskud til private leverandører og finansierer de offentlige klinikkers indkøb af høreapparater. Denne omorganisering afstedkommer behov for afklaring af de nye snitflader mellem kommuner og region, så borgeren ikke kommer i klemme. Derfor er der etableret en lokal tværsektoriel struktur omkring de audiologiske afdelinger til udredning af snitfladerne.

4.4. Genoptræning

Afsnittet omfatter borgere, der i forbindelse med/efter behandling på hospital har behov for genoptræning uanset, om borgerne har en somatisk og/eller psykisk sygdom.

Genoptræning defineres efter sundhedsloven og serviceloven som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt (Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, afsnit 2.1, 2014).

Genoptræningsindsatsen skal koordineres og være sammenhængende for borgeren.

Genoptræningen er et element i rehabiliteringen, men kan også gives som en selvstændig ydelse.

Hospitalerne skal i henhold til sundhedsloven vurdere om borgeren har et lægefagligt begrundet genoptræningsbehov og i givet fald tilbyde borgeren en genoptræningsplan. Kommunerne skal i henhold til sundhedsloven tilbyde genoptræning til borgere med en genoptræningsplan.

Hospitalet og almen praksis kan henvise borgerne til almen fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter samt til rehabilitering på private specialsygehuse. Almen praksis kan endvidere henvise borgerne til vederlagsfri fysioterapi i kommunerne og rette henvendelse til kommunen, hvis de har en borger, de vurderer har behov for genoptræning efter serviceloven.

1. januar 2015 er ny bekendtgørelse og vejledning om genoptræning trådt i kraft. Kommunerne og regionen beskriver de konsekvenser, den nye bekendtgørelse og vejledning har for det tværsektorielle samarbejde og udarbejder en implementeringsplan. Arbejdet færdiggøres primo 2015.

Det gode genoptræningsforløb

Hvorfor?

- Sikre, at den genoptræningsindsats, borgerne skal have, bliver koordineret på tværs af sektorerne.

Hvordan?

- Hospitalet (læger, fysio- og ergoterapeuter) udarbejder en genoptræningsplan
- Genoptræningen opstarter rettidigt på baggrund af en faglig vurdering, herunder at ventetiden til genoptræning nedbringes. Det tilstræbes, at der etableres arbejdsgange på tværs, som sikrer, at der ikke er administrative forhindringer for at komme hurtigt i gang med genoptræningen (se beskrivelse i værktøjskassen)
- Kapaciteten styres så regionen varsler og inddrager kommunerne i tilfælde af aktivitetsøgning og ændringer i behandlingsformer, som har afledte effekter på genoptræningsområdet (se beskrivelse i værktøjskassen).
- Hospitaler og kommuner indgår i dialog med hinanden, hvis der opleves uhensigtsmæssigheder omkring ordinerings af genoptræning.

Hvem, hvad og hvornår?

- Regionen og kommunerne er ansvarlige for at sikre sammenhængende forløb på tværs af sektorerne. Dette skal påbegyndes, når den enkelte borger opstarter sit forløb.
- Hospitalet vurderer borgerens behov for at få en genoptræningsplan og udarbejder en genoptræningsplan, når borgeren har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (se beskrivelse i værktøjskassen, herunder Den Gode Genoptræningsplan og snitfladekataloget)
- Det Gode Genoptræningsforløb (udarbejdes i 2014 – beskriver processen for genoptræning)

- Fokus på fleksibel adgang til genoptræning for de borgere, som f.eks. pga. arbejde har vanskeligt ved at deltage i dagtimerne.

- Undersøge om der er behov for mere fleksible træningstilbud i en større del af hverdagsdøgnet, weekender og helligdage.

- Kommunerne og regionen skal i aftaleperioden analysere, om der er behov for at tilpasse åbningstiden til genoptræning og rehabilitering, og om det er omkostningseffektivt.

4.5. Træning og rehabilitering af børn og unge

Børn og unge med varig nedsat funktionsevne har gennem hele deres opvækst brug for opfølgning i form af forskellige fysioterapeutiske og ergoterapeutiske undersøgelser og behandlinger. Ansvaret for tilbuddet til det enkelte barn er delt mellem forskellige lovgivninger, og mange børn og forældre har derfor kontakt til flere fagpersoner samtidigt. For at sikre den nødvendige specialisering, koordination og sammenhæng i de forskellige tilbud til barnet, arbejder hospitaler og kommuner i aftaleperioden på at udvikle og afprøve forskellige tværfaglige og tværsektorielle initiativer og organiseringer på området.

4.6. Arbejdsmarkedsområdet

Et væsentligt mål for sundhedsaftalen er at borgere fastholder tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af sygdom. Den nye fleks- og førtidspensionsreform fra 2013 og sygedagpengereform fra 2014 understøtter også, at flere borgere skal inkluderes i arbejdsmarkedet. Beskæftigelsesområdet bliver derfor fremadrettet en meget mere markant spiller i det tværsektorielle samarbejde i forhold til behandling, træning og rehabilitering.

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Hvorfor?

- Flere borgere bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet/ uddannelsesystemet i forbindelse med sygdom.

Hvordan?

- Arbejdsmarkedsindsatsen og jobcentret indgår i højere grad som en samarbejdspart i forbindelse med behandlings-, genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden udvikles modeller for, hvor der i højere grad kan skabes koordinering og sammenhæng mellem behandling, træning og rehabiliteringsindsatsen og arbejdsmarkedsforløb både internt i sektorerne og på tværs af sektorer.

- Ved sygedagpengesager, ressourcerforløb, fleksjob og førtidspension er der behov for en særlig koordinering mellem hospitalet og kommunens sundheds- og arbejdsmarkedsområde for at sikre fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet.

- Der er indgået aftale om samarbejdet mellem regionen og kommunen om den sundhedsfaglige rådgivning og vurdering i sager, der skal behandles i kommunens rehabiliteringsteam.

- Aftalen findes i værktøjskassen.

Særligt for borgere med psykisk sygdom

Arbejdsmarkedet bliver i stigende grad en central samarbejdspart i forhold til borgere med psykisk sygdom.

For at opnå, at flere borgere med psykisk sygdom har tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse, vil man i det tværsektorielle samarbejde foretage en indsats målrettet for borgere med psykisk sygdom i den arbejdsdygtige alder.

Integration af arbejdsmarkedsområdet i sundhedssamarbejdet

Hvorfor?

- Alle mennesker – også med en psykisk sygdom – har et ønske om en tilknytning til arbejdsmarkedet.
- At bidrage til et fællesskab og have en struktureret hverdag, er væsentlige elementer til at sikre inklusion, og det at komme sig.

Hvordan?

- Fælles fokus på inklusion af borgere med psykisk sygdom i forhold til samfundets rettigheder og pligter – herunder fastholdelse i uddannelse eller på arbejdsmarkedet.

Hvem, hvad og hvornår?

- Udviklingsområde i aftaleperioden: Arbejdsmarkedsområdet skal være en del af det tværsektorielle samarbejde på alle niveauer.
- Udvikling af IT-løsninger, der understøtter en fælles koordineret rehabiliteringsplan, hvor borgeren er en aktiv deltager.

4.7. Sundhedsberedskabsplan og masseudskrivelser ved katastrofe

Region Midtjylland har udarbejdet en rapport vedrørende det tværsektorielle samarbejde om sundhedsberedskabet i katastrofesituationer – jf. aftale.

4.8. Indikatorer

Indikatorer

Indsats

Den velkoordinerede indlæggelse og udskrivelse.

Indikator

Indlæggelses- og udskrivelses flow er mere hensigtsmæssige ift. hvordan og hvornår patienter indlægges og udskrives.

Baseline/data

Data: InfoRM
Audit i klyngerne
Baseline 2013 udarbejdes
Tilsvarende om udskrivelse.

Indsats

Genoptræning

Indikator

Borgere kontaktes senest 3 hverdage efter, at genoptræningsplanen er modtaget og oplyses om genoptræningstilbud.

Baseline/data

Kommunale data for almen genoptræning samt regionale data for genoptræning på specialiseret niveau.
Indikator kan understøttes ved årlige audit til undersøgelse af kvaliteten.

Indsats

Genoptræning

Indikator

Genoptræningen tilbydes - opstartet rettidigt på baggrund af en faglig vurdering.

Baseline/data

Måles ved årlig audit i klyngerne, hvor der også ses på konsistensen i den information, der gives fra hospitalet og kommunen til patienten om starttidspunkt for genoptræningen.

Indsats

Rehabilitering

Indikator

Flest mulige borgere i den arbejdsdygtige alder genvinder tidligere funktions-/mestringsevne i relation til aktivitet og deltagelse. Alternativt at de opnår så høj funktions-/mestringsevne som muligt.

Baseline/data

Forud for en audit der sker på at funktions-/mestringsevnen i relation til aktivitet og deltagelse, vil temagruppen kortlægge, kvalificere og udvælge tests i forhold til vurderingen af de enkelte patientgrupper. Dette gøres i samarbejde med temagruppen for kvalitetsudvikling. Testene kan bruges til at vurdere, om borgerne genvinder tidligere eller opnår så høj funktionssevne som muligt.

Måles ved årlig audit i klyngerne. Alle kommunerne og hospitalet i klyngerne deltager i audit. Følgende patientgrupper/populationer omfattes af audit:

- Lænde-rygpatienter
- Patienter med apopleksi eller traumatisk hjerneskade.

Fortsættes næste side

Fortsat fra forrige side

Indsats

Integration af arbejdsmarkedsområdet i sundhedssamarbejdet (borgere med psykisk sygdom).

Indikator

Flere borgere med ikke-psykotiske lidelser, der har været i et pakkeforløb¹⁰ i psykiatrien eller i behandling i primærsektor for psykisk sygdom, opretholder/opnår tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsesforløb.¹¹

Baseline/data

Indikator måles i to trin:

- 1) Gennem afgrænset analyse udarbejdes en baseline, hvorefter målinger fastlægges.
- 2) Data generes til understøttelse af indikator ud fra følgende:
 - Arbejdsmarkedsdata(DREAM) kobles med regionens henvisningsdata
 - Arbejdsmarkedsdata(DREAM) kobles med DAK-E data – via ICPC koderne P74 angsttilstand og P76 depression.

Indsats

Kommunal hotline ved risiko for langtidssygemelding.

Indikator

Forebyggelse af langtidssygemelding ved etablering af 'Hot line' til almen praksis ved risiko for langtidssygemelding.

Baseline/data

Antal modtagne opringninger på 'Hot linen' (Baseline 0).

Indsats

Øget tryghed i ansøgningsprocesser om dækning af udgifter i forbindelse med børn og unge med kronisk sygdom.

Indikator

Skabe en bedre borgeroplevelse
Sikre et bedre samarbejde mellem Region og kommune.

Baseline/data

Spørgeskemaundersøgelse blandt forældre i målgruppen.

Indsats

Træning og rehabilitering af børn og unge.

Indikator

Børn og unges trivsel forbedres
Forældre, børn og unge oplever et sammenhængende, fagligt kvalificeret og velkoordineret forløb.

Baseline/data

Systematisk monitorering vha. landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).¹²

Evaluering af forældrenes oplevelse af det samlede forløb efter barnets første udskrivelsen.

¹⁰ Pakkeforløb: på psykiatriområdet er der udviklet en række behandlingspakker, som beskriver det forløb en patient skal igennem i forbindelse med behandling i regionspsykiatrien f.eks. for en depression

¹¹ Indikator måles i to trin: 1) Gennem afgrænset analyse udarbejdes baseline, hvorefter målinger fastlægges. Der skal genereres data ud fra følgende:

a. Arbejdsmarkedsdata(DREAM) kobles med regionens henvisningsdata

b. Arbejdsmarkedsdata(DREAM) kobles med DAK-E data – via ICPC koderne P74 angsttilstand og P76 depression

¹² LUP: Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser



5

Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundheds-it og digitale arbejdsgange er med til at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, effektivt og sikkert.

Datasikkerhed og tidstro oplysninger om borgerens sundhedstilstand og plejebehov er endvidere en forudsætning for, at borgeren kan forblive tryk i forbindelse med indlæggelsen og udskrivelsen.

5.1. Principper for Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Samarbejdet om sundheds-it og digitale arbejdsgange bygger på disse principper:

Fokus på sikkerhed og lovgivning

Borgeren skal have garanti for, at der hersker fortrolighed om personfølsomme oplysninger i omgangen med sundhedsdata og et højt sikkerhedsniveau i den digitale infrastruktur. Der påhviler den enkelte organisation et stort ansvar i forhold til løbende at sikre, at personfølsomme oplysninger ikke udsættes for misbrug. Det er ikke kun et spørgsmål om teknik, men handler også om arbejdsgange og respekt for borgerens privatliv og rettigheder. I fremtiden skal borgerens adgang til viden om, hvem der arbejder med borgerens journal, styrkes eksempelvis via logning.

Fokus på det tværsektorielle samspil og samarbejde

Patientforløb, der går på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis, stiller krav til ensartede aftaler om anvendelse af sundheds-it og tilrettelæggelse af digitale arbejdsgange. Det digitale landskab i regionen, med 1 Elektronisk PatientJournal, 3 Elektroniske OmsorgsJournaler og 10 praksissystemer, nødvendiggør behovet for regionsdækkende rammeaftaler på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Med denne sundhedsaftale skabes der en entydig forankring af samarbejdet omkring implementering af ny tværsektoriel sundheds-it og den fortsatte digitalisering af tværsektorielle arbejdsgange i Temagruppen for sundheds-it og digitale arbejdsgange og i Sundhedsstyregruppen.

Fokus på organisatorisk implementering

Sundheds-it projekter er også organisationsudviklingsprojekter. Nye it-løsninger ændrer ofte opgaver, roller og arbejdsprocesser, hvilket skaber behov for nye og specifikke kompetencer. It-projekter skal derfor planlægges, ledes og gennemføres med blik for samspillet mellem det tekniske og det organisatoriske niveau.

Ibrugtagning af ny teknologi skal understøttes af tværsektoriel kompetenceudvikling, uddannelse og implementeringsmetoder.

Fokus på standarder

Patientsikkerhed udgør et centralt element når det gælder sundheds-it og udveksling af oplysninger på tværs af sektorer. De korte patientforløb medfører et stigende behov for at dele informationer mellem sektorerne. Derfor skal informationer, baseret på fælles terminologier og datadefinitioner, være let tilgængelige. Ligesom leverandør- og teknologiafhængighed er et ufravigeligt princip.

Systemer og infrastrukturer skal etableres med henblik på skalerbarhed, tilgængelighed, performance og support. Gældende principper for rammearkitektur samt nationale og internationale standarder skal overholdes f.eks. indenfor hjemmemonitorerings- og medicoteknisk udstyr.

Hvor nationale standarder foreligger, anvendes disse, så oplysninger tilgår de relevante aktører rettidigt. På områder, hvor der eksisterer et klinisk behov, som endnu ikke understøttes af en relevant standard, skal problemstillingen løftes i relevante nationale fora.

Fokus på shared care og udbredelse af etablerede løsninger

Bæredygtige rammebetingelser er en forudsætning for udvikling og implementering af nye telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger. Modne og afprøvede teknologier på specifikke områder f.eks. KOL og hjerteområdet skal udbredes og samtidig skal borgernes eget udstyr, medtænkes som en ressource i behandlings- og plejeforløbet.

Parterne vil deltage i udviklingen af en tværsektoriel kommunikationsplatform på nationalt niveau, som kan understøtte shared care på tværs af sektorer.

Fokus på integration af systemer på tværs af fagområder

I nogle kommuner kan social- og beskæftigelsesforvaltningerne kommunikere via MedCom-standarder, da kommunens elektroniske omsorgssystem er integreret på tværs af forvaltninger. Mulighederne for at udbrede den elektroniske kommunikation til andre områder end sundhedsområdet er således allerede tilstede. Det er et fælles ønske, at løsningerne bringes i anvendelse hurtigst muligt.

Fokus på kvalitet i dataudvekslingen

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal understøtte kvalitetsarbejdet i alle patientforløbs faser.

Det stiller krav til, at den enkelte bruger er bekendt med modtagerens informationsbehov. Men også at det tekniske og det organisatoriske setup i kommuner, almen praksis og på hospitaler understøtter, at data kan tilgås tidstro i forskellige formater. Omlægning fra stationære til ambulante patientforløb samt udviklingen på akutområdet og oprettelse af kommunale akutpladser stiller alle krav til rettidighed indenfor dataudveksling.

Fokus på udvikling af sundheds-it som understøtter de sundhedsfaglige behov og har borgeren i centrum

Sundheds-it og digital arbejdsgange er en forudsætning for den gode koordination, som ligger til grund for det sammenhængende patientforløb.

Det er derfor vigtigt, at medarbejderne har de rigtige systemer og løsninger, som muliggør et digitalt samarbejde på tværs af sektorer.

Udviklingsarbejdet på it-området skal tage højde for, at alle parter anvender mange forskellige it-systemer og it-løsninger, der hver især understøtter en bred palette af faglige krav og behov. Udviklingsarbejdet er derfor udfordrende og kræver, at alle relevante kompetencer og interesser inddrages tidligt i processen.

It-understøttelse af det sammenhængende patientforløb udspringer først og fremmest af borgerens behov. Fremtidens sundheds-it tilbyder borgeren ensartede og genkendelige brugergrænseflader, som gør det muligt at monitorere og dele informationer mellem borgeren og sundhedsprofessionelle på hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Det er vigtigt at kommunikationen ikke foregår uden om borgeren, men at denne inddrages og forbliver den primære.

Udvikling og udrulning af nye tværsektorielle it-systemer hviler i sidste ende på en politisk beslutning og at der foreligger en positiv business case.

Frontløberne skal understøttes

Udviklingen på området er ofte kendetegnet ved frontløbere, som tør afsøge nye muligheder og udfordre eksisterende arbejdsgange og forståelser. Hvis en klynge, et antal kommuner og et hospital i fællesskab vil afprøve nye digitale veje til udvikling af det sammenhængende patientforløb, skal det understøttes. Lokale initiativer skal altid følges op af en koordineret indsats på regionalt niveau, så erfaringer med nye digitale initiativer bliver delt på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Potentialet for udbredelse og opskalering skal vurderes tidligt i forløbet.

Sundhed.dk

Sundhed.dk er parternes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

Krav til elektronisk kommunikation med privathospitaler

Private hospitaler er også omfattet af sundhedsaftalens bestemmelser vedrørende anvendelse af sundheds-it og digitale arbejdsgange på tværs af sektorer.

Bedre bredbåndsdækning

Adgang til tilstrækkelig båndbredde for såvel borgere som sundhedsvæsenets aktører er en nødvendig forudsætning for at realisere indsatsene vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange.

5.2. Indsatsområder vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange

I aftaleperioden vil der være særlig fokus på nedestående indsatsområder:

5.2.1. Udbredelse og opfølgning på brug af standarder

Kommunikationen på tværs af sektorer skal i stigende grad foregå digitalt. Målet er at skabe bedre og mere effektive patientforløb ved at afdække potentialet i eksisterende standarder og it-redskaber og udbrede anvendelsen af disse.

Opfølgning på brug af standarder, herunder epikriser

Hvorfor?

- Styrke kvaliteten i patientsikkerheden.
- Styrke sammenhængende patientforløb.
- Skabe effektive og smidige arbejdsgange.
- Understøtte sundhedsaftalen på de enkelte aftaleområder.
- Styrke kvaliteten af den elektroniske kommunikation.
- Forebygge genindlæggelser.

Hvordan?

- Identifikation af relevante arbejdsgange til digitalisering.
- Udarbejdelse af regionale aftaler/modeller for anvendelse af IT.
- Monitorering på udbredelse og anvendelse af MedCom-standarder, FMK etc. på hospitaler, i kommuner og almen praksis.
- Audits.
- Andre monitoreringsmetoder såsom stikprøver, tracers mm.
- Servicemål.

Hvem, hvad og hvornår?

- Hospitaler, kommuner og almen praksis.
- Løbende i hele perioden og ved identificerede kvalitetsbrist.

5.2.2. Bedre forløb for borgere med psykisk sygdom

Mange borgere med psykisk sygdom har deres primære kontakt til hjemkommunen via social- eller beskæftigelsesforvaltningen eller i regi af PPR. Fremadrettet skal det være muligt for regionspsykiatrien og alle kommunale fagområder at kommunikere digitalt med hinanden og med patienten.

Udvikling og test af digitale løsninger mellem regionspsykiatrien, kommunerne og almen praksis

Hvorfor?

- Sikre mere sundhed for patienter/borgere med psykisk sygdom
- Sikre tydelig sammenhæng på tværs af forvaltninger, hospitaler og almen praksis
- Effektivisere arbejdsgange

Hvordan?

- Afprøve MedCom-baseret kommunikation mellem Regionspsykiatrien og de kommunale forvaltninger, som i dag har mulighed for at anvende MedCom-standarder
- Udvide brugen af korrespondancemodulet fx ved ambulante forløb
- Etablering af task force til udvikling og afprøvning af nye løsninger

Hvem, hvad og hvornår?

- Regionspsykiatrien, almen praksis og kommuner afprøver i aftaleperioden.

5.2.3. Én indgang for digital kommunikation

Der skal være gennemsigtighed, herunder tydelige og klare aftaler om, at ansvaret for at fordele indkomne meddelelser ligger hos modtageren, så afsender ikke skal forholde sig til forskellige interne organiseringer i kommuner og på hospitaler.

5.2.4. Deling af data på tværs af sektorer

Deling af data udgør fundamentet for den fortsatte udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen. Data skal løftes ud af lokale it-systemer og sammenstilles på tværs af sektorer til udvikling af overblik, beslutningsstøtte og planlægning af den daglige patientbehandling. Det kræver, at lovgivning, datasikkerhed og økonomi understøtter dette.

Sundheds-it skal understøtte borgerens involvering samt styrke dennes egenomsorg og mestring gennem en aktiv inddragelse i monitorering af egen sygdom. Borgeren skal have mulighed for at formidle relevante helbredsoplysninger til sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer med henblik på at styrke det samlede forløb.

I fremtiden skal viden om patientens behov for behandling og pleje i højere grad anses som en ressource, vi stiller til rådighed for hinanden. Det vil stille krav til fælles begrebsforståelse og en dokumentationspraksis, som er relevant og meningsfuld.

Målet er, at relevante data i stigende grad genbruges og gøres tilgængeligt for de relevante aktører i den konkrete situation, så antallet af registreringer kan nedbringes.

Identifikation af behov, muligheder og barrierer for udveksling og deling af data på tværs af sektorer og med borgeren

Hvorfor?

- Afklare informationsbehovet i de enkelte sektorer.
- Undersøge eksisterende muligheder for kommunikation mellem patienten, dennes pårørende og de sundhedsprofessionelle.
- Understøtte borgerinvolvering og monitorering af egen sygdom.

Hvordan?

- Etablering af arbejdsgruppe.
- Etablering af et borgerpanel.

Hvem, hvad og hvornår?

- Tværsektorielt med repræsentanter fra kommuner, hospitaler, almen praksis.
- Start 2015
Der igangsættes et tværsektorielt arbejde, som inddrager et borgerpanel.

5.2.5. Fælles begrebsforståelse, terminologi og registreringspraksis

At arbejde sammen om den enkelte borger på tværs af sektorer stiller store krav om fælles begrebsforståelse, sundhedsterminologi og registreringspraksis. En fælles forståelse af begreber er grundlæggende for, at sundhedsvæsenet kan løse en fælles opgave.

Anvendelse af entydigt definerede begreber er væsentlig både for kvaliteten af sundhedsfaglig dokumentation, for patientsikkerheden og for den professionelle planlægning og udvikling af it-systemer. Udviklere og brugere har behov for en fælles reference i forhold til de begreber, der indgår i de grundlæggende strukturer for systemerne, og i de processer, som der skal registreres informationer om i systemerne.

Standardiserede begreber som i MedCom standarderne, er en vigtig fælles reference i det tværsektorielle sundhedsvæsen, og som dokumentation og udveksling af data skal holdes op imod. Struktureret dokumentation skal anvendes for, at brugerne dels kan blive opmærksomme på betydningsforskelle og mere præcis anvendelse af begreberne og dels at data, der vedrører patienten, lagres i en form, så de kan genkendes, genfindes og genanvendes.

Når målet er udvikling af kvalitet og høj grad af dataudveksling i tværsektorielle patientforløb, samt genanvendelse af data til monitorering, forudsættes det, at data kan hentes i en struktureret form. Rammen, som udgør strukturen, begrebsmodel og datamodel skal kunne tillade strukturering af informationen. For at lave struktureret informationsopsamling forudsættes det, at indholdet eksempelvis undersøgelsesresultater, diagnoser, patientrelaterede aktiviteter, blodprøver, røntgensvar m.v. kan systematiseres og struktureres. Hverken ramme eller indhold kan stå alene, og begge strukturering skal passe til hinanden.

Arbejde med at sætte en fælles national begrebsforståelse på tværs af sektorer på dagsordenen

Hvorfor?

- Sikrer dataudveksling mhp at data kan genkendes, genfindes og genanvendes.
- Sikrer ens forståelse af ydelser, indsats og behandling.
- Medvirker til et sammenhængende sundhedsvæsen.
- Sikrer at forskellige IT systemer kan "tale" sammen vha NSP (Nationale Serviceplatform).

Hvordan?

- Etablering af regionale og national arbejdsgruppe.
- Etablering af task force til udvikling og afprøvning af nye løsninger.

Hvem, hvad og hvornår?

- Tværsektorielt og nationalt.
- Fra 2015-2018.

5.2.6. Brug af videokonference og sundhed.dk

Almen praksis er tovholder for en lang række patientgrupper – herunder borgere med kronisk sygdom. Denne rolle kræver, at den praktiserende læge løbende, hurtigt og effektivt kan orientere sig om, hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig. Samtidig skal almen praksis sikres adgang til strukturerede data om patientens behov for behandling og pleje, som det eksempelvis er tilfældet med Det Fælles MedicinKort og Sårjournalen.

Men almen praksis skal også understøttes i at afprøve og implementere nye teknologier og nye arbejdsgange, herunder brug af videokonference, elektronisk kommunikation mellem kommune og lægepraksis og andre telemedicinske løsninger.

De hidtidige økonomiske, juridiske og tekniske forhold, som har fungeret som en barriere for udbredelse af videomøder og videokonferencer er overvundet. Der eksisterer derfor et betydeligt gevinstpotentiale ved at udbrede brugen af videomøder på tværs af alle tre sektorer i form af færre omkostninger til transport, sparet arbejdstid og reduktion i CO2-regnskab.

Udskrivelseskonferencer, møder osv. via video udbredes på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis

Hvorfor?

- Skaber effektive arbejdsgange.
- Sparer tid.
- Minimere tid brugt på transport.

Hvordan?

- Videoudstyr gøres tilgængeligt i almen praksis, i kommuner og på hospitaler.

Hvem, hvad og hvornår?

- Hospitaler, kommuner og almen praksis.
- Løbende i aftaleperioden.

Praktiserende læger har adgang til opdaterede informationer om kommunale sundhedstilbud via Sundhed.dk

Hvorfor?

- Styrke den praktiserende læges rolle som tovholder for patienten – også i komplicerede forløb.

Hvordan?

- Parterne forpligtiger sig til løbende at opdatere sundhed.dk/Praksis.dk.

Hvem, hvad og hvornår?

- Kommuner og hospitaler opdaterer løbende.

5.3. Koordination, sammenhæng, handlekraft

Sundheds-it er et nationalt fokusområde og flere indsatsområder er besluttet i aftaler mellem staten, regionerne og kommunerne. Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet indeholder således en række tværsektorielle projekter, hvis udbredelse og gennemførelse skal understøttes af sundhedsaftalen:

1. Realisering af national handlingsplan for telemedicin:
 - National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering og af telepsykiatri mellem psykiatriske sengeafdelinger og distriktspsykiatri
 - Afprøvning af telemedicin i stor skala på de mest modne områder og tilvejebringelse af et solidt evalueringsgrundlag (Klinisk Integreret Hjemmemonitorering og Telecare Nord)
 - Demonstration af telemedicin på mindre modne områder (internetpsykiatri og tværsektoriel telepsykiatri)
 - Udvikling af fælles rammer for telemedicin, bl.a. ved etablering af referencearkitektur og standarder
2. National model for telemedicinsk hjemmemonitorering
3. Modning af telemedicinsk infrastruktur
4. Sundhedsjournalen – digital adgang til sundhedsoplysninger for borgere og kliniker
5. Analyse af kommunal opkobling til Sundhedsjournalen
6. Fuld udbredelse og anvendelse af Fælles Medicinkort
7. Fuld udbredelse og anvendelse af beskedbaseret kommunikation
8. Digital understøttelse af relevante arbejdsgange på tværs af sundhedsvæsenet

Projekternes gennemførelse og succes afhænger i høj grad af, at der etableres et stærkt tværsektorielt samspil mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, som sikrer koordination, sammenhæng og handlekraft på området.

Opfølgning og understøttelse af den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet

Hvorfor?

- Styrke den fortsatte digitalisering af sundhedsvæsenet jf nationale aftaler.

Hvordan?

- Der udvikles en model for organisatorisk understøttelse af det tværsektorielle samarbejde om gennemførelsen af relevante projekter.
- Der udarbejdes en fælles implementeringsplan/-oversigt for perioden, som følges og monitoreres løbende.
- Der indgås forpligtigende rammeaftaler på de områder, hvor det er nødvendigt ift. at understøtte udbredelse og implementering fx hjemmepleje-sygehusstandarder og FMK.

Hvem, hvad og hvornår?

- Repræsentanter for hospitaler, kommuner og almen praksis.

6 Særlige målgrupper

6.1. Borgere med psykisk sygdom

6.1.1. Voksne med psykisk sygdom

Kommunerne løser nu i stigende grad sundhedsopgaver. Det betyder, at en del borgere kun vil have forløb i primærsektoren, mens en anden gruppe vil have hovedparten af deres forløb i primærsektoren med korterevarende forløb – eventuelt gentagende forløb - i det sekundære sundhedsvæsen. Det gør, at den længerevarende behandling og rehabilitering af psykisk sygdom i højere grad sker i et samarbejde mellem almen praksis og kommunerne.

Udrednings- og behandlingsretten for borgere med psykisk sygdom samt indførelse af pakkeforløb i psykiatrien betyder, at en lang række borgere, specielt med ikke-psykotiske lidelser, i stigende grad vil blive udredt og behandlet tidligere i sygdomsforløbet. Dette vil sammen med den nye flex- og førtidspensionsreform fra 2013 betyde, at færre borgere ekskluderes fra arbejdsmarkedet. Beskæftigelsesområdet bliver fremadrettet en meget mere markant spiller i det tværsektorielle samarbejde, da de får flere obligatoriske koordinerende funktioner for en lang række af mennesker med psykisk sygdom.

Behandling og rehabilitering af borgere med psykisk sygdom

Den sundhedsfaglige behandling og rehabilitering af borgere med psykisk sygdom tager afsæt i anvendelsen af et bredt behandlingsperspektiv. Dette supplerer medicin med såvel psykoterapeutiske som psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en tillid til det enkelte menneskes udviklingspotentiale, mulighed for at komme sig og være herre i eget liv.

Initiativpligten

Initiativpligten er et centralt begreb i det tværsektorielle samarbejde. Initiativpligten betyder, at de professionelle som er i kontakt med den enkelte borger har pligt og ret til at handle, hvis det vurderes, at der ikke er tilstrækkelige indsatser eller sammenhæng i indsatserne til at sikre, at borgeren kan få et tilstrækkeligt behandlings- og støtte tilbud.

Handlingen består i at gå i dialog med borgeren og de relevante samarbejdspartner med henblik på at aftale det videre forløb.

Almen praksis' opgaver og ansvar

Almen praksis er gennemgående behandler og tovholder på de livslange forløb. I forhold til patienter med psykisk sygdom skal der være en status på den somatiske udredning og om muligt igangsættelse af relevant somatisk behandling ske før en henvisning til psykiatrien.

Uanset om patienten henvises til psykiatrisk eller somatisk udredning, er det almen praksis' ansvar at sikre at evt. komorbiditet, der kan have betydning for udrednings- og behandlingsforløbet, fremgår af henvisningen. Når patienten indgår i et ambulante behandlingsforløb i regionspsykiatrien, varetager almen praksis i langt de fleste tilfælde den somatiske behandling.

Overfor borgere, som vurderes at have behov for en kommunal indsats, og som ikke selv magter at opsøge de kommunale tilbud, har almen praksis initiativpligt.

Almen praksis er en helt central samarbejdspartner både for kommunen og regionspsykiatrien, og har ansvar for at være sig let tilgængelig for professionelle samarbejdspartner. Ligeledes har almen praksis behov for let at kunne henvise til det sekundære sundhedsvæsen, og for let adgang til rådgivning.

Almen praksis deltager, når det er relevant i netværks(video)møder.

Kommunens opgaver og ansvar

De kommunale sundhedstilbud bliver en stadig mere integreret del af den samlede kommunale indsats til mennesker med psykisk sygdom. Det betyder, at mange borgere med psykisk sygdom vil få tilbudt flere forskellige kommunale indsatser.

Kommunale indsatser kan bestå af arbejdsmarkedsrettede indsatser, sociale indsatser og/eller sundhedsindsatser. Det er det kommunale normalsystem, der har de langvarige forløb med borgeren. Her er almen praksis den centrale samarbejdspartner.

Hvis almen praksis eller regionspsykiatrien vurderer, at en borgers sundhed er truet eller kritisk, og borgeren derfor kan have behov for en kommunal indsats, består opgaven i at bringe borgeren i kontakt med en kommunal sagsbehandler. Det er kommunens ansvar at sikre, at det er let for både egen læge og regionspsykiatrien at hjælpe borgeren i kontakt med en relevant sagsbehandler.

Det er herefter kommunens opgave at lave en vurdering/udredning af borgers behov for kommunal indsats, som beslutningsgrundlag for at visitere til relevante kommunale ydelser.

Hvis kommunen har behov for inddragelse af almen praksis, somatikken eller regionspsykiatrien for at kvalificere sit beslutningsgrundlag, indkalder kommunen borgeren samt de relevante parter til et netværks(video)møde.

Hvis en borger har et samtidigt forløb på beskæftigelsesområdet, vil borgeren ofte have en koordinerende sagsbehandler der.

Regionspsykiatriens opgaver og ansvar

Regionspsykiatrien – på lige fod med somatikken - udreder og igangsætter relevant behandling for de patienter, som skal udredes og behandles i det sekundære sundhedsvæsen. I udgangspunktet vil patienterne have kortvarige eventuelt gentagende forløb i regionspsykiatrien. Regionspsykiatrien kan

være involveret i længerevarende forløb i de situationer, hvor patienten er ustabil i sygdom og behandling.

Det er regionens ansvar at sikre, at almen praksis løbende er opdateret vedrørende den behandling eller eventuelle ændringer i behandlingen, som patienten får i det sekundære sundhedsvæsen.

Regionspsykiatrien skal sikre let tilgængelighed i forhold til rådgivning på specialistniveau, til almen praksis og behandlere i kommunalt regi.

Regionspsykiatrien deltager, når det er relevant i netværks(video)møder.

Indsatsområder

For at bidrage til indfrielsen af de politiske mål vil der i forhold til voksne med psykisk sygdom være særligt fokus på følgende indsatsområder:

- Integration af arbejdsmarkedsområdet i sundhedssamarbejdet (se 4.6).
- Forebyggelse af somatisk sygdom blandt mennesker med psykisk sygdom (se 3.3).
- Den somatiske behandling til borgere med psykisk sygdom styrkes (se 4.2.3).
- Tværsektoriel sammenhængende indsats ift. medicingennemgang, compliance omkring medicin og fælles metoder og hjælpemidler i forhold til medicinpædagogik (se 2.4.3).
- Udvikling af den tværsektorielle indsats til borgere med psykisk sygdom og misbrug (se 4.2.3).
- Niveauopdeling af samarbejde (se 2.6).
- Udvikling af kvaliteten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner (se 4.2.3).

6.1.2. Børn og unge med psykisk sygdom

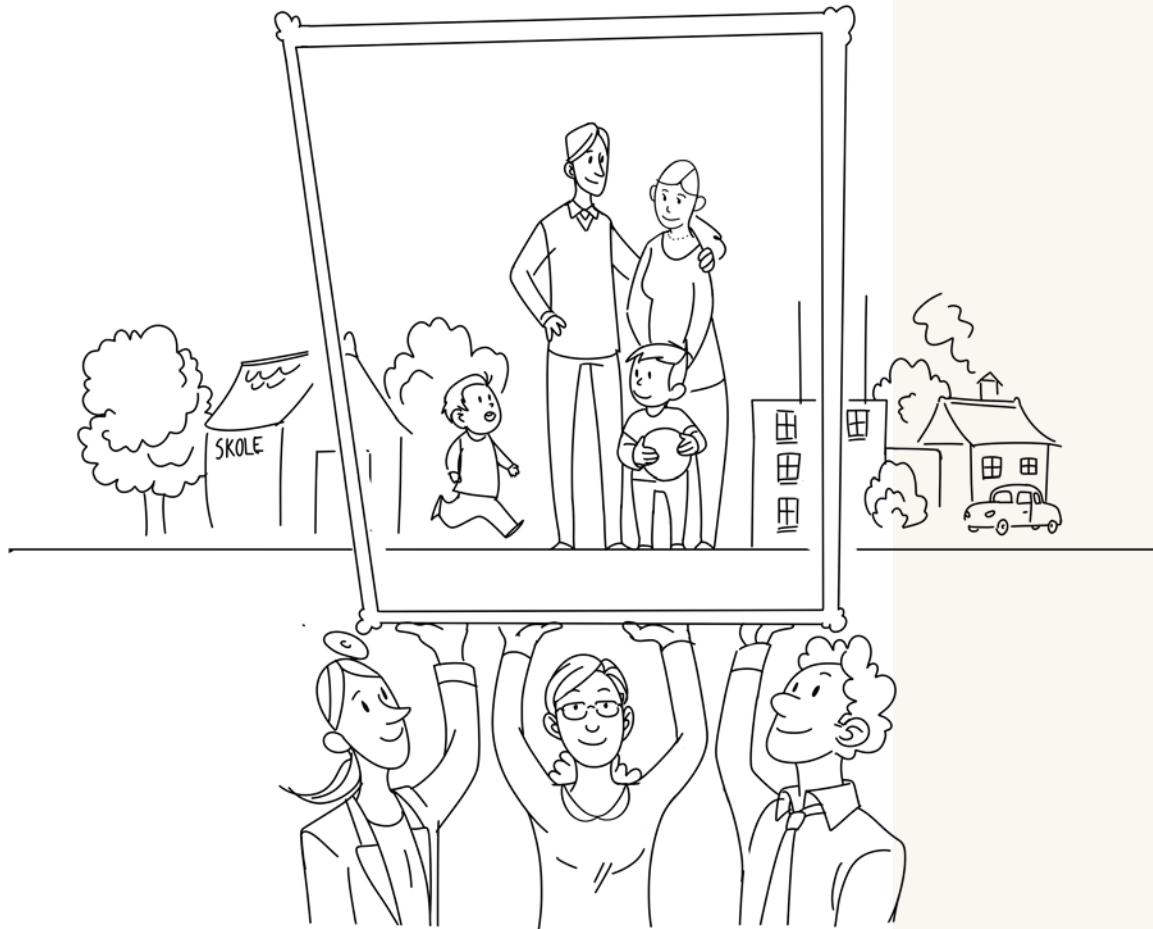
Inklusion

Der er enighed om, at børn og unge skal være mest muligt i eget hjem/i lokalmiljøet, når det er til gavn for barnets udvikling og trivsel samt for familien.

Inklusion og tidlige indsatser i primærsektoren er vigtig for at forebygge eksklusion og stigmatisering. Det betyder samtidigt, at barnet/den unge får færre skift og færre brud i de nære relationer.

Inklusion handler om barnets oplevelse af at være en værdsat deltager i det sociale og faglige fællesskab. Det er centralt, at den enkelte trives, for at lære noget og for at udvikle sig. Alle børn og unge har brug for at indgå i et fællesskab med andre børn og unge samt med pædagoger og lærere.

Inklusionstankegangen betyder et perspektivskifte fra det enkelte barn til fokus på det fælles. For børn og unge med særlige vanskeligheder kan et specialtilbud være det mest inkluderende.



Borgerens rolle

Borgerens rolle er når det gælder børn og unge nuanceret. For børn under 15 år har forældrene/familien en stor rolle og er en vigtig ressource. Unge mellem 15-18 år har derimod et større ansvar for selv at påtage sig et ansvar for eget liv og dermed det behandlingsforløb, de indgår i, og de skal høres selvstændigt.

Praktiserende lægers opgaver og ansvar

Almen praksis vil sammen med kommunerne være dem, der udreder og behandler langt hovedparten af børn og unge med psykiske problemer, og almen praksis vil sammen med kommunerne i stigende grad være tovholdere i forhold til børn og unge med psykiske problemstillinger.

Almen praksis er således den gennemgående behandler og tovholder på de lange forløb. Men når det drejer sig om børn og unge mellem 5 og 18 år, har den almen praktiserende læge ofte kun en meget begrænset rolle, da disse børn og unge ikke kommer særligt tit i almen praksis.

Uanset om patienten henvises til psykiatrisk eller somatisk udredning, er det almen praksis' ansvar at sikre, at evt. komorbiditet (flere samtidige sygdomme), der kan have betydning for udrednings- og behandlingsforløbet, fremgår af henvisningen. Når patienten indgår i et ambulans behand-

lingsforløb i regionspsykiatrien, varetager almen praksis den somatiske behandling.

Overfor børn og unge samt deres familier – som almen praksis vurderer, har behov for en kommunal indsats, og hvor familien ikke selv magter at opsøge de kommunale tilbud – har almen praksis initiativpligt til at støtte familien med at få kontakt til kommunen.

Almen praksis er en helt central samarbejdspartner både for kommunen og regionspsykiatrien og har ansvar for at være let tilgængelig for professionelle samarbejdspartner. Ligeledes har almen praksis behov for let at kunne henvise til det sekundære sundhedsvæsen, og for let adgang til rådgivning fra det specialiserede sundhedsvæsen. Derudover har almen praksis behov for let og direkte adgang til samarbejdspartnerne i kommunen.

Almen praksis deltager, når det er relevant, i netværks(video)møder.

Kommunens opgaver og ansvar

Kommunale indsatser kan bestå af indsatser på skole- og daginstitutionsområdet, sociale indsatser og/eller sundhedsindsatser. Det er kommunen, der har de langvarige forløb med børn og unge. Her er almen praksis den centrale samarbejdspartner.

Hvis almen praksis eller regionspsykiatrien vurderer, at et barns eller en ungs trivsel og sundhed er truet, består opgaven i at støtte familien til en kontakt med kommunen eller selv at rette henvendelse til kommunen i form af en underretning. Det er kommunens ansvar at sikre, at det er let for både egen læge og regionspsykiatrien at hjælpe forældrene/den unge i kontakt med en relevant sagsbehandler.

Det er herefter kommunens opgave at vurdere, hvad der er relevant at sætte i gang i kommunen og evt. lave en undersøgelse/udredning af barnets/den unges behov for kommunal indsats, som beslutningsgrundlag for at visitere til relevante kommunale ydelser.

Hvis kommunen har behov for inddragelse af den almen praktiserende læge, somatikken eller regionspsykiatrien for at kvalificere sit beslutningsgrundlag, indkalder kommunen forældrene evt. sammen med den unge samt de relevante parter til et netværks(video)møde.

Når et barn eller en ung modtager kommunale indsatser vil der være en medarbejder, der varetager en koordinerende funktion. I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde er det vigtigt at være opmærksom på forskellig beslutningskompetence blandt de kommunale aktører.

Regionens opgaver og ansvar

Regionspsykiatriens opgave er overvejende udredning og iværksættelse af behandling, som er standardiseret i form af pakker. Psykiatrien skal udrede og behandle langt flere patienter. Samtidig skal psykiatrien i lighed med somatikken overholde lov om udrednings- og behandlingsret. Det betyder, at langt de fleste børn og unge vil have kortvarige forløb i børne- og

ungdomspsykiatrien – måske gentagne korte forløb, hvor der er behov for yderligere udredning eller justering af behandlingen.

Børne- og ungdomspsykiatrien kan være involveret i længerevarende forløb i de situationer, hvor patienten er ustabil i sygdom og behandling.

Når der er behov for udredning og diagnosticering i det sekundære sundhedsvæsen, er det vigtigt, at samarbejdet med eller overleveringen til primærsektoren understøtter barnets/den unges videre forløb i primærsektor. Fagligt kvalificerede foranstaltninger i primærsektor fordrer let adgang til rådgivning og sparring med det sekundære sundhedsvæsen.

Det er regionens ansvar at sikre, at almen praksis og kommunen løbende er opdateret vedrørende den behandling eller evt. ændringer i behandlingen, som patienten får i det sekundære sundhedsvæsen.

Regionspsykiatrien skal sikre let tilgængelighed i forhold til rådgivning på specialistniveau til almen praksis og behandlere i kommunalt regi.

Regionspsykiatrien/regionen deltager, når det er relevant, i netværks(video)møder.

Indsatsområder

For at bidrage til indfrielsen af de politiske mål, vil der i forhold til børne- og ungdomspsykiatrien være særligt fokus på:

- Styrkelse af samarbejde mellem almen praksis, kommune og regionspsykiatri om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien
- Netværksmøder og professionelle arbejds møder
- Koordinatorfunktion
- Tidlig indsats
- Differentieret indsats på baggrund af niveaudeling
- Prøvehandlinger for en tværsektoriel indsats til børn og unge med psykisk sygdom og misbrug

Henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien

Mange børn og unge, som henvises af egen læge til børne- og ungdomspsykiatrien, har også et forløb i kommunen. Det betyder, at der allerede kan foreligge undersøgelser eller vurderinger af barnet/den unge, som kan have relevans for den aktuelle henvisningsårsag og den kommende udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Det skal være så let som muligt for den henvisende læge at få kendskab til eller/og relevant information fra kommunen.

Det er derfor vigtigt, at der er klarhed over, hvordan almen praksis og kommunen kommer i kontakt med hinanden og får etableret et samarbejde mellem de relevante samarbejdsparter.

Styrket samarbejde mellem almen praksis, kommune og regionspsykiatri om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien

Hvorfor?

- Primærsektors indsatser skal være afprøvet/vurderet før henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.
- For at kvalificere henvisning fra almen praksis til børne- og ungdomspsykiatrien er det vigtigt, at evt. relevant viden fra kommunen medsendes henvisningen.

Hvordan?

- Udvikle forskellige modeller til at styrke samarbejdet mellem de tre sektorer, f.eks. ved:
 - Ansættelse af kommunale praksiskonsulenter ift. børn og unge.
 - Udvikling af nye modeller for samarbejde.
 - Udarbejde lokale aftaler om samarbejde og kommunikation f.eks. aftalt i de kommunalt lægelige udvalg.
 - Arbejde på muligheden for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommune og regionspsykiatri, som generelt på sundhedsområdet (se også kapitel om sundheds-IT).

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden afprøves nye samarbejdsmodeller lokalt.
- Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og kommunen om børn og unge med psykiske problematikker drøftes i det kommunalt lægelige udvalg.

Netværksmøder og professionelle arbejds møder

Når et barn/en ung afslutter et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien er der behov for en overlevering til henviser. Overleveringen fra børne- og ungdomspsykiatrien sker i første omgang altid skriftligt (epikrise) og skal indgå i henvisers beslutningsgrundlag for planlægning af det videreforløb.

Hvis der er behov for at kvalificere beslutningsgrundlaget yderligere er det den part, der har myndighed til at træffe beslutning om det videre forløb, der indkalder, så det sikres, at det er de rette professionelle med den relevante myndighed til at træffe beslutning om det videre forløb, som deltager sammen med familien. Dette er en vigtig forudsætning for, at familie oplever en tydelighed om hvem, der er ansvarlige i det videre forløb.

Det er ikke i alle sager, der er behov for at holde et netværksmøde. Alle aktører i forløbet kan indkalde til et netværksmøde jævnfør initiativpligten.

Netværksmøder og professionelle arbejds møder

Hvorfor?

- Det vil tydeliggøre for barnet/familien, hvem der tager over og har ansvar for det videre forløb.
- Giver familien det bedste forløb og øget tryghed
- Giver gennemsækelighed og overblik for de involverede parter, herunder familien.
- Mere hensigtsmæssigt brug af ressourcer hos både kommune og børne- og ungdomspsykiatrien.

Hvordan?

- Møderne afvikles på video.
- Familien deltager sammen med den part, der har indkaldt til mødet.
- Almen praksis deltager evt. på video.
- Hvis der er mere væsentlige principielle eller faglige ting til drøftelse, kan der efter gensidig aftale holdes et professionelt arbejds møde.

Hvem, hvad og hvornår?

- Alle parter kan ved behov indkalde til et netværksmøde eller et professionelt arbejds møde.
- Styregruppen for børne- og ungdomspsykiatri følger op på konsekvenserne af den model for afholdelse af netværksmøder for familien, planlægning af det videreforløb og for samarbejdsparter.

Koordinatorfunktion

En del børn og unge med psykisk sygdom kan modtage indsatser fra både sundheds-, skole- og dagsinstitutions-, og socialområdet.

For at sikre sammenhæng i indsatserne både internt i kommunen og på tværs af sektorer, kan kommunen udpege en koordinerende funktion, der samtidigt kan fungere som familiens, almen praksis samt børne- og ungdomspsykiatriens indgang til kommunen.

Vedkommende, der varetager den koordinerende funktion, kan hensigtsmæssigt være den, der samarbejder med familien om det videre forløb.

Koordinatorfunktion

Hvorfor?

- Hvis der er flere aktører i et forløb omkring et barn eller en ung, skaber det tryk, overblik og gennemskuelighed for den unge/familien, hvis de har en medarbejder med en koordinerende funktion, hvor de altid kan henvende sig, og som kan medvirke til at sikre en sammenhængende indsats.
- Randers Kommune har haft gode erfaringer både fagligt og økonomisk med at udpege en forløbskoordinator for børn henvist til børne- og ungdomspsykiatrien¹³

Hvordan?

- Når et barn eller en ung modtager flere kommunale indsatser vil det være hensigtsmæssigt at en medarbejder varetager den koordinerende funktion.
- Kommunerne tydeliggør altid, hvilken medarbejder, der har den koordinerende funktion, når det er besluttet, at et barn eller en ung skal have kommunale indsatser, også selv om forløbet er startet med en henvisning fra almen praksis.
- Den koordinerende funktion er familiens, børne- og ungdomspsykiatrien samt almen praksis' indgang til kommunen.

Hvem, hvad og hvornår?

- Kommunerne udvikler funktionen i sundhedsaftale perioden ved at starte med de børn med de mest komplekse forløb.
- Hvis barnet/den unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, anføres navn og kontaktoplysninger på henvisningen, når der er en medarbejder, der varetager den koordinerende funktion.
- Børne- og ungdomspsykiatrien anfører navn og kontaktoplysninger på den kommunale koordinerende medarbejder i epikrisen.

¹³ "INTEGRATION AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATSER OVER FOR PERSONER MED SINDSLIDELSE, udarbejdet af SFI 2013".

Tidlig indsats

Kommunerne satser på en tidlig forebyggende indsats i forhold til børn og unge helt ned i vuggestue/dagleje. Det er centralt, at de professionelle, som kommer i kontakt med børn og unge, fra et meget tidligt tidspunkt gør kommunen opmærksom på eventuelle bekymringer om barnets/den unges udvikling og trivsel.

Tidlig indsats

Hvorfor?

- Hvis børn og unge mistrives eller ekskluderes, er der risiko for, at det på langt sigt vil betyde:
 - nedsat livskvalitet
 - manglende uddannelse
 - manglende mulighed for selvforsørgelse
 - et ikke selvstændigt liv.

Hvordan?

- Indsatsen og overlevering (skriftlig, såvel som ved deltagelse i netværksmøder) fra almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien understøtter/kvalificerer de kommunale indsatser, der skal til for at barnet/den unge fremadrettet udvikler sig og trives i et fællesskab.
- Formidling af viden og information, der kan understøtte tilrettelæggelsen af indsatser i barnets hverdag i de fællesskaber, som barnet indgår i.

Hvem, hvad og hvornår?

- Familieambulatorium, jordemødre, almen praksis, sundhedsplejerske, dagsinstitutionens personale, lærere, misbrugscenter, psykiatrien.
- Ved bekymring for et barn/en ungs trivsel og udvikling kontaktes barnets/den unges kommune.

Differentieret indsats på baggrund af niveaudeling

Familien eller netværket har en betydningsfuld rolle, når det drejer sig om udredning og behandling af såvel psykiske som somatiske sygdomme samt sikring af den nødvendige støtte. Derfor har familiens eller netværkets ressourcer en ikke ubetydelig rolle ved planlægning af de konkrete indsatser, eller et udrednings- og behandlingsforløb.

Hvis børn og unge skal have lige adgang til støtte, udredning og behandling, skal der iværksættes forskellige indsatser afhængig af familiens samlede situation. Tilsvarende er der behov for forskellige former for samarbejde og kommunikation mellem de professionelle.

For at sikre det mest optimale samarbejde med familien er det vigtigt at være opmærksom på, hvem der i det professionelle netværk har gode relationer til familien.

For at sikre en optimal ressourceudnyttelse, og at de mest sårbare børn og unge samt udsatte familier sikres adgang til de nødvendige sundhedstilbud og øvrige kommunale indsatser, skal intensiteten af det tværsektorielle samarbejde niveaudeles (Se afsnit 2.6).

Psykisk sygdom og misbrug

Det er fortsat en stor udfordring, at sikre en sammenhængende behandling til mennesker med psykisk sygdom og samtidig misbrug. Den udfordring er ikke mindre, når det drejer sig om børn og unge med misbrug. Det vurderes, at de fleste børn og unge, som har et overforbrug/misbrug af rusmidler, har en samtidig psykisk sygdom/problematik. Når det drejer sig om disse børn og unge, er det af stor betydning, at der er en parallel og koordineret indsats. Indsatsen udfordres af det delte behandlingsansvar mellem kommune og region. Der er derfor behov for, at samarbejdet på dette område udfordres på nye måder og nye indsatser afprøves. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner for mennesker med psykiske lidelser og samtidige misbrug vil være udgangspunkt for arbejdet.

Udvikling af 2 – 3 prøvehandlinger for en tværsektoriel indsats til børn og unge med psykisk sygdom og misbrug.

Hvorfor?

- Mange børn og unge med psykisk sygdom selvmedicinerer via et overforbrug/ misbrug af rusmidler.
- Børn og unge med overforbrug eller misbrug af rusmidler kan udvikle psykisk sygdom.
- Børn og unge med psykiske problemer og misbrug kan mangle motivation for eller have svært ved at samarbejde om behandlingen.

Hvordan?

- Udvikling af prøvehandlinger.

Hvem, hvad og hvornår?

- Projekterne afprøves i aftaleperioden med henblik på opskalering.
- I regi af Task force og/eller SATS-pulje midler.

Børn med psykisk sygdom

Indsats

Tryghed og bedre sammenhæng

Indikator

90 % af forældre til psykisk syge børn oplever et positivt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og dag-institution, skole og uddannelsessted.

Baseline/data

LUP spm. 23a+27a

Baseline 2013:

- Ambulant: mere end 73 %
- Indlagt: mere end 75 %.

Indsats

Tryghed og bedre sammenhæng

Indikator

90 % af forældre til psykisk syge børn oplever et positivt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og PPR/Socialforvaltningen.

Baseline/data

LUP spm. 23b+27b

Baseline 2013:

- Ambulant: mere end 62 %
- Indlagt: mere end 58 %.

Indsats

Tryghed og bedre sammenhæng

Indikator

90 % af forældre til psykisk syge børn oplever et positivt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og den praktiserende læge.

Baseline/data

LUP som. 23c+27c

Baseline 2013:

- Ambulant: mere end 71 %
- Indlagt: mere end 25 %.

Indsats

Differentieret indsats

Indikator

Andelen af forløb hvor stratificeringen er sket er stigende med 10 % årligt i aftaleperioden. Andelen af forløb der er stratificeret i 2015 skal være 60 %.

Baseline/data

Der foretages audit i forhold til stratificeringen for dernæst at foretage tracer-forløb i år 1 og 4.

6.2. Samarbejde om gravide og nyfødte

Børn skal have den bedste start på livet. Strukturerede indsatser, der iværksettes tidligt i graviditeten medfører forbedret sundhedstilstand, der ikke alene betyder flere sunde år for den enkelte, men også for den kommende generation. En tidlig forebyggende og sammenhængende indsats er derfor grundelementet i samarbejdet på svangreområdet mellem kommuner, region og praktiserende læger.

For at bidrage til indfrielsen af de politiske mål, er de udfordringer som først og fremmest skal håndteres i denne aftale på svangreområdet:

- En styrket indsats overfor sårbare gravide
- Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte efter fødslen
- Fastholdelse af gravide i arbejde

6.2.1. Styrket indsats overfor sårbare gravide¹⁴

Social ulighed har betydning for en graviditets forløb og udfald. Børn født i socialt belastede familier er eksempelvis hyppigere født for tidligt og har en lavere fødselsvægt¹⁵. Samtidigt ved vi, at en tidlig forebyggende, tværfaglig og tværsektoriel indsats kan forebygge alvorlige skader på børnenes udvikling og bidrage til at styrke forældreevnen hos de kommende forældre. Og dermed skabe et godt fundament for barnets videre trivsel.

Af Sundhedsstyrelsens 'anbefalinger til svangreomsorgen' anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen på fire niveauer. Målgruppen for indsatsen er sårbare gravide ofte med mange samtidige udfordringer af kompleks sundhedsmæssig, psykiatrisk eller social karakter svarende til niveau 3 og niveau 4 i Sundhedsstyrelsens niveauinddeling¹⁶. Udfordringer, som ofte vil være kendetegnet ved, at der vil være behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats – og hvor der eksempelvis vil være brug for både medicinske, obstetriske, sundhedsplejefaglige samt socialfaglige kompetencer.

¹⁴ Der er ikke præcise tal for, hvor mange gravide kvinder, som kan betegnes som sårbare. Ifølge Sundhedsstyrelsen skønnes det, at det drejer sig om ca. 15 % af de gravide. I Region Midtjylland svarer det til ca. 1900 gravide.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen, anbefalinger til svangreomsorgen, gravide med særlige behov

¹⁶ Gravide med risikoforbrug af rusmidler vil blive fulgt i det regionale familieambulatorium. Der er udarbejdet en selvstændig sundhedsaftale for familieambulatoriet, som overgår til denne aftaleperiode. Aftalen vil blive revideret i aftaleperioden)

Indsatsen bygger på en række principper:

- Bæredygtigt for familien. Ligeværdigt partnerskab med den gravide og den kommende far, hvor indsatsen understøtter familiens egen mestring. Og som tager afsæt i en helhedsorienteret tilgang, hvor eksempelvis også arbejdsmarkedsindsatsen inddrages, fordi det også har betydning for barnets sundhed.
- Én indgang for familien. Sårbare gravide bruger i dag mange ressourcer på at have mange relationer til forskellige professionelle aktører. Det skal være mere enkelt for den gravide og antallet af overgange skal reduceres.
- Bæredygtigt for barnet. Der tages et 'børneperspektiv', hvor det ufødte barn har forrang. Et væsentligt element er familiens omsorgsevne for sig selv og for det ventende barn. Derfor er det centralt at understøtte god tilknytning og relationsdannelse mellem forældre og barnet.

En styrket indsats for sårbare gravide er struktureret i et forløb med tre trin. Der er tale om et forløb for de mest udsatte og sårbare gravide, og som differentieres efter behov. Samtidigt er det målet, at flest muligt kan hjælpes tidligt i graviditeten, og derfor ikke får behov for eksempelvis at aktivere trin 3.

Trin 1: Tidlig opsporing

Tidlig opsporing af gravide med særlige behov er en væsentlig forudsætning for, at der på tværs af sektorer opnås gode resultater i arbejdet med udsatte gravide og social ulighed. Det er samtidig en forventning, at tidlig opsporing understøtter en sammenhængende og målrettet indsats¹⁷.

Praktiserende læge har en nøglerolle i forhold til en tidlig opsporing af målgruppen. Ligeledes vil kommunen ofte have et tidligt kendskab til graviditet hos kvinder, som de i forvejen er i kontakt med, og hvor der kan være grundlag for en bekymring.

Tidlig opsporing**Hvorfor?****Tidlig opsporing i almen praksis**

- Praktiserende læge er ofte den første kontakt den gravide har til sundhedsvæsenet. En tidlig indsats starter derfor allerede her.

Hvordan?

- Praktiserende læge laver ved første graviditetsundersøgelse en nøje vurdering og identificering af behov for indsatser i svangreprofylaksen.

Hvem, hvad og hvornår?

- Praktiserende læge angiver 'niveau' i svangrejournalen på baggrund af fyldestgørende anamneseoptagelse.

Systematisk screening

- Bedre identifikation. Med den nuværende indsats er der udfordringer med at identificere gravide på niveau 3 og 4.
- Understøtte bevidstgørelsen hos de kommende forældre samt kvalificere mødet mellem dem og de sundhedsfaglige.

- Spørgeskema - systematisk screening: Hospitalet giver elektronisk spørgeskema til gravide tidligt i graviditeten, som med den gravides samtykke kan deles med jordemor, sundhedsplejerske og praktiserende læge.

- Efter pilotafprøvning aftales en model for implementering til hele regionen herunder opgavefordeling. Implementering i 2015.

¹⁷ En undersøgelse v. Aarhus Universitetshospital i regi af familieambulatoriet har vist, at der med den nuværende indsats ikke i tilstrækkeligt omfang og i tide identificeres gravide på niveau 3 og 4.

Trin 2: Rammer for systematisk og velkoordineret tværfaglig og tværsektoriel intervention i graviditeten

Et hensigtsmæssigt forløb herunder en fornuftig anvendelse af ressourcer fordrer en kvalificeret vurdering i starten af forløbet, som bla. omfatter:

- Vurdering af den akutte situation herunder eksempelvis behov for hurtig rådgivning, som kan forhindre en mere omfattende indsats.
- Vurdering af bekymringsniveau, så der foretages korrekt visitation i første omgang.

Denne del styrkes – dels ved systematisk gennemgang af alle nyhenvisninger på fødestedet dels via forsøg med fremskudt socialfaglig rådgivning.

Rammer for systematisk og velkoordineret tværfaglig og tværsektoriel intervention i graviditeten

Hvorfor?

Gennemgang af ny-henvisninger til hospitalet

- Korrekt visitation er afgørende for at den gravide og hendes familie får den rette indsats og at ressourcerne udnyttes optimalt.

Hvordan?

- Systematisk gennemgang af alle nyhenvisninger – særligt med henblik på visitation af gravide til udelukkende medicinsk/obstetrisk tilbud eller tilbud, hvor der også indgår socialfaglig indsats.

Hvem, hvad og hvornår?

- Obstetrisk speciallæge eller særligt bemyndiget personale gennemgår alle nyhenvisninger.

Fremskudt socialfaglig rådgivning på fødestedet

- Tidlig afklaring af, hvorvidt der er behov for socialfaglig indsats samt understøtte hurtig og relevant sagsbehandling.
- Kvalificeret stillingtagen til, om der er behov for underretning herunder aktivering af sårbarteam.
- Kvalificere de underretninger, der laves til kommunerne.

- Fælles socialrådgiverfunktion på fødestedet (fælles mellem kommunerne i klyngen samt fødestedet).
- Myndighedsansvaret ligger fortsat hos den enkelte kommune.

- I 2015 skal der lokalt i klyngerne aftales nærmere om muligheden for at afprøve forskellige modeller for fremskudt socialfaglig rådgivning.

Fælles tværfaglige og tværsektorielle sårbarteam

- Tidlig afklaring af, hvorvidt der er behov for socialfaglig indsats samt understøtte hurtig og relevant sagsbehandling.
- Kvalificeret stillingtagen til, om der er behov for underretning herunder aktivering af sårbarteam.
- Kvalificere de underretninger, der laves til kommunerne.

- Hver kommune og fødestedet ned sætter et tværfagligt og tværsektorielt team bestående af sundhedsplejerske, socialrådgiver (børnerådgiver), jordemoder, obstetriker (andre relevante kan inddrages ad hoc fx barselssygeplejerske, arbejdsmarkedssindsats).
- I samarbejde med den gravide aftales og koordineres en samlet indsats.

- På baggrund af en underretning/eller på eget initiativ aktiverer kommunen sårbarteamet.
- Kommunen er vært og tovholder for afvikling af teammøder.
- Den gravide og kommende far deltager i teamets møder.

Trin 3: Systematisk opfølgning på særligt udsatte børn

Erfaringer fra det regionale familieambulatorium viser, at der er god effekt af systematisk opfølgning af børn født af mødre i regi af det regionale familieambulatorium (gravide på niveau 4 med misbrug). Der kan derfor være gode perspektiver i en mere systematisk opfølgning på børn, som vurderes at være særligt udsatte.

Systematisk opfølgning på særligt udsatte børn

Hvorfor?

- Tidlig opdagelse, hvis et barn ikke udvikler sig, som det skal, eller ved mistrivsel.

Hvordan?

- Systematisk opfølgning af særligt udsatte børn.

Hvem, hvad og hvornår?

- I aftaleperioden skal der ses på muligheden for en mere systematisk opfølgning på særligt udsatte børn.

18 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen 2013.

6.2.2. Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte

Alle nyfødte skal have den bedste start på livet. Et trykt og sammenhængende forløb i forbindelse med en fødsel er en helt central forudsætning for, at familien kommer godt fra start. Det stiller krav til kommuner, hospitaler og almen praksis om et tæt og velfungerende samarbejde. Region, kommuner og almen praksis følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området herunder den opgavefordeling, som anbefalingerne skitserer i forbindelse med en udskrivelse. Udviklingen vil blive fulgt, og der vil løbende blive udviklet og afprøvet initiativer, der styrker sammenhængen og kvaliteten i forløbet¹⁸.

Der er endvidere i 2012 indført en ensartet fødsels- og forældreforberedelse til førstegangsfødende i Region Midtjylland. Tilbuddet er udarbejdet i samarbejde med de kommunale sundhedsplejersker.

I regi af fødeplanudvalget er der aftalt en model for forløbsmonitorering af svangreomsorgen. Opfølgningen vil udmønte sig både lokalt og i regi af Fødeplanudvalget. (Se værktøjskasse).

Sundhedsplejens Telefonvagt

Sundhedsplejens Telefonvagt er en fælles telefonrådgivning, som småbørnsforældre kan kontakte, hvis der opstår akutte problemer, og hvor der er behov for vejledning og rådgivning af en sundhedsplejerske. Telefonen har åbent alle dage kl. 17-19.

Sundhedsplejens Telefonvagt videreføres, da der er gode erfaringer fra den tidligere periode.

Udgiften til Sundhedsplejens Telefonvagt beløber sig til 500.000 kr. årligt. Udgiften deles ligeligt mellem Region Midtjylland (50 %) og kommunerne (50 %). Kommunerne deler udgiften efter fødselstallet¹⁹.

Kommunikation

Kommunikationen ved udskrivelse i forbindelse med en fødsel foregår via den elektroniske fødselsmeddelelse og korrespondancebrevet. Der vil løbende blive arbejdet med at forbedre kommunikationen, og der skal lokalt laves aftaler for kontaktmuligheder og tilgængelighed.

Udviklingsperspektiver herunder it-understøttelse af samarbejdet om svangreomsorgen:

- Der skal arbejdes på at udvide eksisterende muligheder for digitalt samarbejde i forhold til kommunikationsformer herunder eksempelvis inddragelse af kvindens egne data på tværs af sektorer.
- I et tæt samarbejde skal nye veje udforskes for involverende kommunikation med de kommende og nybagte familier. Det handler dels om udvikling af fælles redskaber som understøtter forældrenes mestrings-evne i forbindelse med graviditet og forældreskab og dels et fælles sprog at tale ud fra som sundhedsprofessionelle.

6.2.3. Familieambulatoriet

Gravide med risikoforbrug af rusmidler tilknyttes et regionalt familieambulatorium. Ligeledes vil børn af mødre med et risikoforbrug af rusmidler blive fulgt i familieambulatoriet. Indsatsen bygger i høj grad på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og der er derfor i forbindelse med etableringen af et regionalt familieambulatorium i 2010 indgået en sundhedsaftale om samarbejde i regi af familieambulatoriet. (Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.2.4. Fastholdelse af gravide i arbejde

Af en opgørelse fra 2010 (SFI "Gravides sygefravær") fremgår det, at gravide i gennemsnit har 48 sygefraværsdage. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet en samarbejdsaftale om fastholdelse af gravide i arbejde.

¹⁹ Århus Kommune er ikke med i ordningen, og har egen ordning.

6.2.5 Indikatorer

Svangre-området

Indsats

Tryk og sammenhængende udskrivelse af nyfødte

Indikator

Flere forældre er trygge ved overgangen til sundhedsplejersken

Baseline/data

2013 (LUP spm. 15,36,40,41)

Indsats

Styrket indsats overfor sårbare gravide

Indikator

Optimeret identifikation af sårbare gravide herunder fyldestgørende svangrehenvisning fra praktiserende læge.

Baseline/data

Audit på henvisninger fra praktiserende læge (gravide som indgår i sårbarteam).

Indsats

Styrket indsats overfor sårbare gravide

Indikator

Den gravide er en del af sårbarteam før graviditetsuge 24.

Baseline/data

Sårbarteam registrerer kontakttidspunkt

6.3. Den ældre medicinske patient

Region, kommuner og almen praksis har iværksat en regional udmøntning af Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen har til formål at styrke sammenhængen i de sundhedsfaglige indsatser og koordinationen af patientforløbet.

Det er kendetegnende for de ældre medicinske patienter, at de har kontakter til både almen praksis, hospitaler og kommunen. Andelen af borgere med flere samtidige sygdomme, nedsat funktionsniveau samt borgere, der får meget forskelligt medicin mv., øges med stigende alder. Bedre sammenhæng og koordination medvirke til at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Som del heraf tilbydes opfølgende hjemmebesøg til særligt sårbare ældre patienter, hvor egen læge og hjemmesygeplejerske sammen besøger borgeren i eget hjem efter udskrivelse.

Ud over opfølgende hjemmebesøg er der i den nationale handlingsplan særligt fokus på at styrke forløbskoordination for den ældre medicinske patient. Hospitaler, kommuner og almen praksis samarbejder om at videreudvikle forskellige indsatser, der skal sikre sammenhængen på tværs af sektorer til gavn for borgerne. De konkrete indsatsområder omfatter udgående geriatrisk team (Horsensklyngen), fælles akut-team (Aarhusklyngen), forbedrede forløb for patienter med hoftenær fraktur (Randersklyngen), Målrettet brug af MedCom 7 standarder (Midtklyngen) og videreudvikling af opfølgende hjemmebesøg (Vestklyngen). Projekterne skal bidrage med en systematisk viden om, hvordan forløbene for denne særlige gruppe af patienter bedst tilrettelægges og hvilke indsatser, der med fordel kan udbredes.

6.4. Borgere med kroniske lidelser (forløbsprogrammer)

Region Midtjylland, kommunerne i regionen og almen praksis har udarbejdet fælles forløbsprogrammer for:

- Borgere med KOL se delaftaler på www.sundhedsaftalen.rm.dk
- Borgere med hjertekarsygdom se delaftaler på www.sundhedsaftalen.rm.dk
- Borgere med type 2 diabetes se delaftaler på www.sundhedsaftalen.rm.dk
- Borgere med lænderyg-smerter se delaftaler på www.sundhedsaftalen.rm.dk
- Borgere med depression se delaftaler på www.sundhedsaftalen.rm.dk

Forløbsprogrammerne revideres i aftaleperioden.

6.5. Hjemmeposedialysepatienter

Borgere, der ønsker og har mulighed for at være i hjemmeposedialyse, har mulighed for dette. Nogle patienter klarer selv opgaven, mens andre patienter har behov for hjælp til til- og frakobling af dialyseapparatet m.m. I de situationer træder personale fra kommunens hjemmepleje til. Regionen godtgør kommunernes udgifter hertil.

(Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.6. Respirationspatienter i eget hjem

En stor del af patienter med respirationsinsufficiens modtager respiratorbehandling i hjemmet og tilknyttes derfor hjælpere, der kan yde respiratorisk hjemmeovervågning. Ofte har disse borgere samtidig en betydelig og varig funktionsnedsættelse, der kræver hjælpere i form af borgerstyret personlig assistance (BPA) fra deres bopælskommune.

I aftaleperioden udarbejdes aftale om fælles hjælpeordning for respirationspatienter i eget hjem.

6.7. Kræft rehabilitering (delaftale)

Omkring en tredjedel af de borgere, der har kræft, har behov for støtte til en rehabiliteringsindsats. Indsatsen vil for mange borgeres vedkommende forudsætte koordinering internt i og på tværs af sektorerne. Region Midtjylland og kommunerne i regionen har via sundhedsaftalen på området sikret særlig fokus på forløbene. (Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.8. Palliativ indsats (delaftale)

For at sikre at sikre en høj og ensartet kvalitet i de tilbud, der gives til patienter i palliative forløb, er der indgået en sundhedsaftale om den palliative indsats. (Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.9. Borgere med erhvervet eller medfødt hjerneskade (delaftale)

Borgere med erhvervet eller medfødt hjerneskade har ofte komplekse rehabiliteringsforløb, der involverer flere afdelinger internt og på tværs af sektorerne. Aftalen på området skal bidrage til at borgere med hjerneskade får sammenhængende patientforløb.

(Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.10. Borgere med demens (delaftale)

Med henblik på at sikre sammenhæng i den tværsektorielle demensindsats og i det konkrete demensforløb er der indgået en sundhedsaftale om borgere med demens. (Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.11. Traumatiserede flygtninge (delaftale)

Der er indgået en sundhedsaftale om traumatiserede flygtninge. Aftalen skal understøtte, at traumatiserede flygtninge oplever et sammenhængende forløb på tværs af sektorgrænser.

(Se delaftale på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

6.12. Børn med cerebral parese (delaftale)

Sundhedsaftalen for børn med cerebral parese (spastisk lammelse) indebærer, et cerebral parese opfølgingsprogram (CPOP) i Region Midtjylland med det formål at tilbyde en ensartet sundhedsfaglig, tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats for børn med cerebral parese, som er født i 2008 og senere. [LINK TIL AFTALE](#)

6.13. Oligofreni (delaftale)

Borgere med udviklingshæmning og samtidig psykisk sygdom har ofte behov for en særlig koordineret indsats på tværs af sektorerne. For at understøtte dette er der udarbejdet en sundhedsaftale på oligofreniområdet. [LINK TIL AFTALE](#)

6.14. Samarbejde om borgere med tandproblemer

I aftaleperioden vil der blive arbejdet for en tættere integration af tandområdet med resten af sundhedsområdet (jf. sundhedslovens §162-165). Særligt for udsatte grupper er der behov for integrerede sundhedstilbud.

Kommuner og region ønsker fortsat at arbejde mere med forebyggelse på dette område eksempelvis ved at hjælpe borgere til de rette sundhedstilbud. Dette kan eksempelvis ske ved at sundhedspersonale kender til tilbud inden for omsorgstandplejen og adviserer de rette instanser. Men det gælder også den anden vej, når tandplejepersonale på et tidligt stadie oplever indikationer på ikke-diagnosticeret sygdom hjælper til, at det bliver taget hånd om disse sårbare borgere hos de relevante aktører.

Indenfor tandplejeområdet vil der endvidere være behov for at koordinere indsatsen inden for tandplejeområdet på tværs af sektorerne. Kommuner, region og privatpraksis har et delt ansvar her, og specielt i forhold til specialtandpleje og regionstandpleje er der behov for fortsat koordinering mellem sektorerne.

Region, kommuner og praksis har etableret et teknisk administrativt udvalg, der varetager den overordnede koordinering af det tværsektorielle samarbejde under Sundhedskoordinationsudvalget.

6.15. Børn og unge, hvor én forælder har alvorlig somatisk eller psykisk sygdom

Der vil i aftaleperioden være fokus på at styrke samarbejdet og indsatsen for børn og unge, hvor en eller begge forældre har alvorlig somatisk eller psykisk sygdom.

6.16. Det specialiserede socialområde

Det specialiserede socialområde er kendetegnet ved, at en række målgrupper også har store sundhedsudfordringer. Borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser kan have én eller flere diagnoser, der ikke udelukkende kan løses i det nære sundhedsvæsen i deres kommune, men også kræver løbende og hyppig kontakt til det sekundære sundhedsvæsen.

Vi skal give særligt udsatte grupper samme mulighed for at opnå et godt helbred som andre borgere. Region Midtjylland og kommunerne i regionen vil i den kommende aftaleperiode udarbejde særlig aftaletekst for denne gruppe af borgere, der tager særlig højde for de behov, de måtte have i forbindelse hermed.

6.17. Udsatte borgere

Det specialiserede socialområde er kendetegnet ved, at en række målgrupper også har store sundhedsudfordringer. Borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser kan have én eller flere diagnoser, der ikke udelukkende kan løses i det nære sundhedsvæsen i deres kommune, men også kræver løbende og hyppig kontakt til det sekundære sundhedsvæsen.

Vi skal give særligt udsatte grupper samme mulighed for at opnå et godt helbred som andre borgere. Region Midtjylland og kommunerne i regionen vil i den kommende aftaleperiode udarbejde særlig aftaletekst for denne gruppe af borgere, der tager særlig højde for de behov, de måtte have i forbindelse hermed.



7 Implementering

7.1. Organisering

Sundhedssamarbejdet foregår på flere niveauer:

- Det politiske niveau (Sundhedskordinationsudvalget)
- Det overordnede administrative niveau på tværs af klynger (Sundhedsstyrelse og temagrupper)
- Det lokalt udmøntende niveau (klyngerne)

Nedenfor er den administrative organisering beskrevet. Organiseringen er dynamisk og kan ændre sig i aftaleperioden.

Sundhedsstyrelse

Sundhedsstyrelsen er det øverste tværsektorielle administrative organ bestående af repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis. Sundhedsstyrelsen er et overordnet forum, som på administrativt niveau behandler sager af overordnet strategisk betydning. Sundhedsstyrelsen behandler sager af væsentlig økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig betydning. Sundhedsstyrelsen forbereder sager til Sundhedskordinationsudvalget og fungerer endvidere som bestyrelse for Folkesundhed i Midten.

Sundhedsstyrelsen følger de overordnede strategiske mål, som er fastsat i sundhedsaftalen.

Formandskabsmøder

Formandskabet for sundhedssamarbejdet består af koncerndirektør for Region Midtjylland og kommunaldirektør (formand for Kommunernes Styrelse på sundhedsområdet). Formandskabet afholder møder ca. 4 gange om året. Mødekredsen kan udvides ad hoc.

Temagrupper

Temagrupperne har til opgave at omsætte de overordnede politiske mål i sundhedsaftalen til indsatser og aftaler. Temagrupperne har bl.a. ansvar for at udvikle indsatser og aftaler, følge op på aftaler samt indsamle og udbrede viden mellem klyngerne om initiativer. Temagrupperne er sammensat tværfagligt og tværsektorielt på ledelsesniveau. Når der er brug for særlig faglig ekspertise indkaldes dette ad hoc. Temagrupperne har kompetence til at træffe beslutning om sundhedsfaglige forhold i tilknytning til sundhedsaftalen, som ikke har en væsentlig økonomisk, kvalitetsmæssig eller organisatorisk betydning.

Der er etableret temagrupper inden for følgende områder:

- Forebyggelse
- Behandling, pleje, rehabilitering og træning
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange
- Psykiatri – voksen
- Psykiatri – børn
- Børn – somatik
- Fødeplanudvalget
- Kvalitet
- Økonomi og opfølgning

Forløbsprogramgrupper

I forbindelse med opdatering og revision af forløbsprogrammer er der nedsat forløbsprogramgrupper for KOL, diabetes, hjertekar, depression og lænderyg.

Klyngerne

Klyngerne varetager det lokale samarbejde på sundhedsområdet herunder udmøntning af sundhedsaftaler samt udvikling og afprøvning af nye initiativer.

Aarhusklyngen: Aarhus Universitetshospital, Aarhus, Samsø kommuner og praktiserende læger

Vestklyngen: Hospitalsenheden Vest, Ikast-Brande, Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig og Struer kommuner samt praktiserende læger

Midtklyngen: Hospitalsenhed Midt, Viborg, Skive og Silkeborg kommuner samt praktiserende læger

Randersklyngen: Regionshospitalet Randers, Randers, Norddjurs, Syddjurs og Favrskov kommuner samt praktiserende læger

Horsensklyngen: Hospitalsenheden Horsens, Horsens, Hedensted, Odder og Skanderborg kommuner samt praktiserende læger

På psykiatriområdet er der en styregruppe for henholdsvis voksenpsykiatri og børne- og ungepsykiatri, hvor alle kommuner, region og almen praksis er repræsenteret.

Sundhedssamarbejdets organisering

Sundheds koordinationsudvalg

Sundhedsstyregruppen

Fælles
sundhedsaftalesekretariat

Temagrupper

Klynger
Somatik + psykiatri

7.2. Løbende opfølgning og justering

Sundhedsaftalen skal ses som et dynamisk redskab, og opfølgning og justering af aftalen vil derfor ske løbende. Opfølgningen sker på flere niveauer:

Politisk opfølgning vil ske i Sundhedskoordinationsudvalget, der én gang årligt følger op på sundhedsaftalens politiske målsætninger og samtidigt tager stilling til en eventuel revision af sundhedsaftalen. Opfølgningen vil ske i 2. kvartal hvert år. Herudover vil Sundhedskoordinationsudvalget på hovedparten af sine møder behandle ét af sundhedsaftalens temaer, indsatsområder eller målgrupper. I sundhedsaftalen er der en række indsatser, der skal videreudvikles og udbygges, og der vil derfor løbende være mulighed for at indgå eksempelvis delaftaler for et specifikt område eller målgruppe.

På administrativt niveau vil der løbende ske opfølgning i Sundhedsstyrelsen, temagrupper og i klyngerne. (Se til kommissorier m.v. på www.sundhedsaftalen.rm.dk)

Tværsæktoriel monitorering

Der vil i aftaleperioden foretages en løbende monitorering af indsatserne. Den tværsæktorielle monitorering vil tage udgangspunkt i Triple Aim-tilgangen. På nogle indsatser vil Triple Aim blive anvendt stringent, hvorimod der ved andre kan være elementer i monitoreringen med afsæt i Triple Aim.

Det tilstræbes, at monitoreringen sker løbende, således at indsatser kan tilpasses undervejs i aftaleperioden med henblik på at realisere de politiske mål.

7.3. Implementering

Implementeringen af indsatserne i sundhedsaftalen vil ske løbende i hele aftaleperioden. Således vil nogle indsatser gælde fra 2015, mens andre vil blive udviklet og aftalt nærmere i perioden. Indsatserne i sundhedsaftalen har forskellig karakter. Nogle indsatser er forholdsvis veludviklede på baggrund af fx et tidligere udviklingsarbejde og dermed klar til implementering fra 2015. Andre indsatser har i højere grad karakter af at være udviklingsindsatser, hvor der først skal udvikles nye løsninger på en given udfordring. Og hvor implementeringen vil blive aftalt nærmere i perioden.

Implementeringsprocessen skal være præget af gennemsigtighed. Det betyder eksempelvis, at afprøvninger af initiativer vurderes med afsæt i triple aim metoden, så der foreligger et godt beslutningsgrundlag for de videre beslutninger om eksempelvis skalering. Gennemsigtighed betyder også, at Sundhedskoordinationsudvalget inviterer til en løbende dialog og inddragelse af de regionale og kommunale politiske niveauer i forbindelse med implementeringen.

Der er udarbejdet en arbejdsplan for implementeringen. Arbejdsplanen kan ses på www.sundhedsaftalen.rm.dk, der løbende justeres, hvis der er behov for det.

7.4. Sundhedsaftalen og praksisplanen

Sundhedsaftalen og praksisplanen skal ses i sammenhæng. De opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre i kraft af sundhedsaftalen (og som ligger ud over den centrale overenskomst), beskrives i praksisplanen og følges op af en underliggende aftale. Praksisplanen vil på denne vis udgøre den ramme, der sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse i forhold til almen praksis.

