



Fælles om bedre sundhed

Sundhedsaftale

2015-18

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig



UDGIVET AF Region Sjælland og KKR. TEKST ut fugias exerum eiumque eium fuga.

SUNDHEDSAFTALE I REGION SJÆLLAND

Forord

Sundhedsvæsenet udvikler sig hastigt og vil være forandret i 2018, når aftaleperioden udløber. Vi kan forudse et stigende behov for sundhedsydelser med blandt andet flere ældre borgere, flere borgere med kroniske sygdomme og unge med psykisk mistrivsel. Der skal findes nye fælles løsninger, uden tilførsel af flere ressourcer.

Vores fælles arbejde med at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum har betydet en styrket dialog, bedre kommunikationsveje, mere fælles dokumentation og udviklingsindsatser på sundhedsområdet mellem de 17 kommuner, praksissektoren og Region Sjælland. Sundhedsaftalen er den tredje i rækken. Sundhedsaftalen har udviklet sig fra at være en rent administrativ aftale til en politisk aftale, til nu at være en visionær politisk sundhedsaftale forankret i konkrete og ambitiøse mål. Med afsæt i de gode erfaringer fra samarbejdet tager vi skridtet videre og hjælper hinanden til at blive endnu bedre.

Vi samarbejder om borgeren, som også er patient. Sundhedsaftalen er for alle borgere, der har brug for en indsats, der involverer flere parter på tværs af sektorer. Borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet, skal opleve sammenhæng og koordinerede, samtidige indsatser, uanset hvor og hvornår i forløbet de befinder sig.

En lang række mennesker har bidraget til at udarbejdelse af sundhedsaftalen. For at gøre vores samarbejde smidigere og mere fleksibelt, er der aftalt ændringer i denne aftale i forhold til den tidligere aftale. Ændringerne skal finde vej ud i de yderste grene af vores organisationer.

Vi håber, at borgerne i Region Sjælland får glæde af aftalen.

På Sundhedskoordinationsudvalgets vegne



Anne Møller Ronex
Regionsrådet
Formand for
Sundhedskoordinationsudvalget



Pernille Beckmann
Greve kommune
Næstformand for
Sundhedskoordinationsudvalget

Indhold Politisk aftale

VISION	6
POLITISKE MÅL OG STRATEGI	8
DE POLITISKE MÅL	10
SAMMENHÆNG OG EFFEKT – VI FÅR DET, VI MÅLER PÅ	14
ADMINISTRATIV UDMØNTNING AF DEN POLITISKE AFTALE	
1. TVÆRGÅENDE TEMAER	17
1.1. Kvalitet og læring	17
1.2. Patientsikkerhed	17
1.3. Forskning	17
1.4. Kompetencer og relationer	18
1.5. Økonomi og kapacitet	18
Opgaveoverdragelse og delegation	
1.6. Sundheds-it og digitale arbejdsgange	19
2. OBLIGATORISKE INDSATSOMRÅDER	21
2.1. Genoptræning og rehabilitering	21
Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	27
2.2. Behandling og pleje	29
2.3. Forebyggelse	34
3. UDVIKLINGSPROJEKTER – SPILLEREGLER	39
4. ORGANISERING AF SAMARBEJDET	40
Samarbejdsfora	41
Udviklings- og arbejdsgrupper	42
Tværsektorielle grupper	43
5. IMPLEMENTERING	44
6. SUNDHEDSAFTALEN – HVAD, HVEM OG HVORFOR?	45
7. LÆSEVEJLEDNING	46
8. VÆRKTØJSKASSEN	47

VISION

Fælles om bedre sundhed

Med Sundhedsaftalen tager vi endnu et stort og ambitiøst skridt mod et mere sammenhængende og smidigt sundhedsvæsen i Region Sjælland. Samarbejde er kernen i de fælles indsatser. Samarbejde alle parter er forpligtede af. Vi vil skabe et velkoordineret samarbejde om de fælles borgere, både ved samtidige indsatser og ved overgange mellem sektorer. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever en respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis.

Aftalen er forpligtende, og vores overordnede mål for Sundhedsaftalen 2015-2018 er:

FLERE GODE OG SUNDE LEVEÅR TIL
BORGERNE I REGION SJÆLLAND

BORGERNE OPLEVER SAMMENHÆNG
OG KVALITET I MØDET MED
SUNDHEDSVÆSENET

MERE SUNDHED FOR DE SAMME PENGE

For at nå målene skal alle bidrage til at skabe forandringer i det fælles sundhedsvæsen. I aftalen benyttes »vi«, fordi vi ønsker at signalere, at vi er fælles om aftalen og fælles om at løfte de opgaver, der skal føre os frem mod aftalens mål. »Vi« omfatter aftaleparterne fra øverste politiske niveau til udførende personale.

Sundhedsprofilen 2013 dokumenterer ulighed i sundhed i vores region. Sundhedsaftalen skal bidrage til at knække kurven. *Vi skal sikre mere sundhed til flere.*

Vi møder borgeren som en ligeværdig partner. Den enkelte borger er eksperten i sit eget liv med ressourcer og værdifuld viden om sin egen situation, hvilket skal bringes langt bedre i spil – både i det enkelte forløb og i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det vil betyde mere kvalitet og bedre resultater.

Vi skal arbejde ud fra princippet om en borger, én plan. Samtidig i det konkrete samarbejde om borgerens forløb forudsætter klarhed om roller, ansvar og opgaver. Vi byder ind med vores kompetencer og ressourcer, rettidigt og velkoordineret. Det faglige ansvar for borgerens forløb skal tydeligt placeres til enhver tid.

Vi skal nytænke vores fælles opgaveløsning i et integreret og borgernært sundhedsvæsen, hvor vi udnytter vores samlede ressourcer bedre, til gavn for borgeren. Differentiering af vores indsats betyder også en skarpere prioritering af vores ressourcer.

En sundhedsaftale med fine intentioner og flotte ord, gør ingen forskel i sig selv. Ordene skal give mening for de medarbejdere, der skal omsætte dem til handling, der skaber udvikling og resultater.

Kommunerne, sygehusene og de praktiserende læger har et fælles ansvar for at leve op til aftalen, så borgerens møde med sundhedsvæsenet i Region Sjælland i 2018 vil være kendetegnet ved:

- at borgeren oplever at blive behandlet som en ligeværdig partner, der kan tage aktiv del i sit eget forløb og har mulighed for at tage ansvar for egen sundhed
- at borgeren oplever et smidigt forløb, hvor relevante parter samarbejder løbende og fleksibelt
- at borgeren oplever, at kommunikationen flyder rettidigt og korrekt
- at borgeren oplever, at ansatte på tværs af sektorer omtaler hinanden og andres indsats respektfuldt

Vi skal have tillid til hinandens faglighed og kompetencer parterne imellem, en høj grad af fleksibilitet og smidighed i samarbejdet samt en løbende og konstruktiv dialog om, hvordan vi udvikler sundhedsvæsenet.

Vi vil fremme en kultur, hvor vi bistår hinanden med at skabe mere kvalitet i løsningen af egne og fælles opgaver, og sammen udvikle fælles faglighed og fælles viden.

POLITISKE MÅL OG STRATEGI

Sundhedsaftalens vision er omsat til konkrete mål, indsatser og tilhørende pejlemærker.

Vision og overordnede mål er beskrevet i foregående kapitel. I dette kapitel udfoldes mål og strategi.

Indledningsvist skitseres sammenhængen fra vision til indsats. Herefter følger en beskrivelse af de grundlæggende forudsætninger, der er styrende i vores samarbejde. Det indledende afsnit kan læses som et forsøg på at skabe et overblik og være en hjælp til at se sammenhængen i sundhedsaftalen - fra vision til handling.

VISION

Fælles om bedre sundhed

OVERORDNEDE MÅL

Flere gode og sunde leveår til borgerne

Borgerne oplever sammenhæng og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet

Mere sundhed for de samme penge

Ved aftaleperiodens udløb i 2018 vil vi kunne evaluere, om vi har nået de tre overordnede mål for aftalen. De pejlemærker, vi vil følge, er beskrevet i næste kapitel. Mål for sundhed, kvalitet og økonomi skal sikre, at vi arbejder helhedsorienteret, både i forhold til den enkelte borger og i det fælles sundhedsvæsen.

MÅL

Mere sundhed til flere

Borgeren som partner

En borger – én plan

Integreret og borgernært sundhedsvæsen

Alle mål skal være et svar på, hvorfor vi vælger at iværksætte en række konkrete indsatser. Vi skal arbejde på flere dimensioner for at nå målene; både ved at udnytte borgerens og det samlede sundhedsvæsens ressourcer og kompetencer bedre, og ved et målrettet og koordineret samarbejde.

INDSATSER

Forløbsbeskrivelser

Prioriteringsværktøjer

Kompetenceudvikling

Alle indsatser skal være et svar på, hvordan vi opnår de mål, vi har sat os; vejen derhen. Forløbsbeskrivelser, prioriteringsværktøjer og kompetenceudvikling er eksempler på indsatser.

Forløbsbeskrivelser skal fungere som et konkret værktøj i samarbejdet, som skal understøtte det koordinerede og fleksible forløb. Prioriteringsværktøjer skal udvikles for at understøtte den differentierede indsats. Kompetenceudvikling understøtter de fælles udviklingstiltag.

En samlet oversigt over indsatser i forhold til mål findes i Værktøjskassen¹.

GRUNDLÆGGENDE FORUDSÆTNINGER

Fleksibilitet

Differentiering

Ressourcebevidsthed

Aftalen baseres på tre grundlæggende forudsætninger, som skal være styrende i vores samarbejde og de bærende elementer i aftalen.

Fleksibilitet i samarbejdet er forudsætningen for at kunne arbejde helhedsorienteret om den enkelte borger. Flexibilitet går hånd i hånd med en proaktiv tilgang, hvor vi ikke venter på signal fra hinanden til at handle. Det fleksible samarbejde skal fungere inden for de aftalte rammer, hvor vi er tilgængelige for hinanden og har fokus på indhold og kvalitet for at skabe bedre borgerforløb.

Differentiering indebærer, at vi målretter vores tilbud og gør den nødvendige indsats i forhold til den enkelte borger. Det forudsætter, at vi inddrager borgerne, så vi kender deres ressourcer og forløb. Vi differentierer vores indsatser og graden af vores samarbejde efter behov. Differentiering indebærer også prioritering af nogle målgrupper med særlige behov frem for andre. Nogle grupper har brug for et større løft for at få flere, gode leveår. Vi skal opspore og sætte tidligere ind med forebyggelse, behandling og rehabilitering og styrke den enkelte borgers mestringsevne.

Ressourcebevidsthed som princip spiller ind i alle dele af borgerens forløb. Samarbejdet afpasses efter den konkrete situation. Som princip betyder det, at vores ydelser skal være målrettede og leveres på det rette niveau; det kan både betyde laveste specialiseringsniveau, men kan også være på højt specialiseret niveau, hvis effekt og ressourcer samlet set optimeres.

¹ Indholdet i værktøjskassen understøtter og supplerer den øvrige del af aftalen. Den rummer en række dokumenter som har samme forpligtende karakter som den øvrige del af aftalen. Det kan være forløbsbeskrivelser og -programmer, snitfladekataloger osv. Værktøjskassen er inddelt alfabetisk efter temaer, som der henvises til i aftaledelen.

DE POLITISKE MÅL

1

Mere sundhed til flere

Der skal anderledes løsninger til for nå flere borgere. Vi samarbejder om tidlig opsporing og prioriterer vores ressourcer, så vi kan differentiere, målrette og integrere vores indsatser. Sårbare og udsatte borgere – herunder børn og psykisk syge (og heriblandt borgere med både psykisk sygdom og misbrug²) – skal i højere grad have mulighed for et sundt liv.

Vi vil samarbejde tættere om den gruppe borgere, som vi er meget fælles om. Kronisk syge borgere, herunder borgere med multisygdom³ er blandt gruppen med mange og hyppige kontakter i sundhedsvæsenet. Samarbejdet om psykisk syge borgere med somatiske lidelser skal styrkes.

Vi vil med aftalen bidrage til at reducere ulighed i sundhed.

2

Borgeren som partner

Borgeren og borgerens netværk skal inddrages aktivt i forløbet. Borgeren skal opleve at kunne tage ansvar for egen sundhed, blive anerkendt for sine personlige erfaringer og respekteret for sine valg og fravalg. Samarbejdet med borgeren skal tage udgangspunkt i borgerens individuelle ressourcer, ønsker og behov.

Borgerens mulighed for at indgå i partnerskab med sundhedsprofessionelle om eget forløb forudsætter klar og forståelig kommunikation, hvor borgeren oplever at blive hørt.

Borgernes viden og erfaringer fra møder med sundhedsvæsenet skal bruges. Vi vil derfor systematisk inddrage bruger- og pårørendeorganisationer, frivillige foreninger m.fl. i udviklingen af vores tilbud.

3

En borger – én plan

Kortere og mere effektive indlæggelsesforløb, inden for både psykiatri og somatik, kræver nye arbejdsgange for at sikre fleksible, sammen-

hængende og koordinerede borgerforløb. Samarbejdet skal fornys for at håndtere stadig flere borgere med multisygdom i et mere specialiseret sygehusvæsen, hvor flere borgere behandles ambulantly og over længere tid.

Vi samarbejder oftest i samtidige forløb. Det udfordrer den hidtidige tilgang i sundhedsaftalen, hvor udgangspunktet i højere grad har været, at stafetten overdrages til næste aktør. Ambitionen er at sikre borgeren et smidigt forløb med et uafbrudt flow.

Forudsætningen for, at dette kan ske, er, at forløbet hurtigt kortlægges, så aktørerne, der skal byde ind for at sikre flow i forløbet, kender forløbet, samt at borgeren er kendt af og kender de aktører, der skal involveres. Der skal tidligt ske en kobling af rette aktører til borgerens forløb.

Nogle situationer kræver hurtigere handling, end det en standard foreskriver. Den enkelte borgers situation kræver en konkret vurdering af en rettidig og nødvendig indsats.

Borgerens plan

Vi samarbejder med udgangspunkt i én fælles plan for borgerens forløb, sammen med borgeren og borgerens netværk. Planen forudsætter tidlig dialog mellem relevante parter i forløbet og sikker elektronisk kommunikation. Samtidige indsatser koordineres i et løbende samarbejde.

² Dobbeldiagnose

³ Multisygdom: Forekomst af to eller flere langvarige sygdomme hos den samme patient



VI UDVIKLER I FÆLLESSKAB DET BORGERNÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Klar ansvarsfordeling og mere koordination

Alle borgerforløb skal være velkoordinerede, og ansvaret for borgerens forløb skal altid placeres. Ansvar for koordinering af den enkelte borgers forløb aftales konkret og placeres, hvor det er relevant i forhold til borgerens behov og for at sikre størst mulig sammenhæng i forløbet. Behovet for koordinering kan skifte mellem de forskellige parter – kommune, sygehus, praktiserende læge og borgeren selv/netværket – afhængigt af udviklingen i den enkelte borgers forløb og konkrete situation. Koordination indebærer løbende kommunikation mellem relevante parter og stiller store krav til parterne om at kommunikere rettidigt og relevant.

Den løbende kontakt til mange borgere giver almen praksis en nøglerolle og særlige muligheder for at opspore, forebygge, behandle og følge op på borgerens forløb og for at vurdere, om borgeren har behov for henvisning til sygehus eller et kommunalt tilbud. Almen praksis skal i højere grad kunne være initiativtagende i forhold til borgerens forløb.

4

Et mere integreret og borgernært sundhedsvæsen

Der er pres på ressourcerne i sundhedsvæsenet. Det drejer sig både om økonomi og arbejdskraft. Vi skal arbejde ressourcebevidst og løse opgaverne dér, hvor vi samlet set får mest kvalitet og sundhed for pengene. Det betyder, at vi skal optimere effekten af vores indsatser både sundhedsfagligt og økonomisk ved at anlægge et tværgående perspektiv. Ressourcebevidsthed rækker videre end til egen organisation, så vi sikrer, at de løsninger, vi vælger, samlet set giver den bedste ressourceudnyttelse.

Vi vil arbejde for en bedre incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet som helhed og udfordre den ved at skabe muligheder inden for de eksisterende rammer. Vi skal blive bedre til at anvende sundhedsdata til at understøtte en effektiv styring og prioritering af ressourcer, ka-

pacitet og indsatser. Vi vil undgå kassetænkning. Det forudsætter tillid i samarbejdet, og at vi er klar til at lade egne interesser vige til fordel for de fælles, til gavn for borgerne.

Vi udvikler i fællesskab det borgernære sundhedsvæsen

Et mere specialiseret sygehusvæsen stiller nye krav til kommuner og praktiserende læger. Flere og mere komplekse opgaver kan løses tættere på borgeren. Det er en fælles opgave at sikre kvalificerede, nære tilbud i kommuner og praksissektor til de borgere, der ikke har behov for sygehusbehandling. Hvis vi skal optimere brugen af de fælles ressourcer i sundhedsvæsenet, er en af vejene et tættere samarbejde mellem borgerens kommune og den praktiserende læge.

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse opgaver, der i dag varetages i en sektor (sygehus, kommunale sundhedssystem eller almen praksis) helt eller delvist kan varetages i en anden sektor såvel ud fra hensynet til patientens forløb som hensynet til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau.

I et konkret forløb, må aftaler om opgaveplacering ikke være til hinder for, at borgeren får et sammenhængende forløb.

Når opgaver flyttes, sker det planlagt og aftalt, så parterne har tid til planlægning.

Forudsætningen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse er:

- dialog og inddragelse med henblik på fælles forståelse af fremtidig praksis og ressourcebehov på berørte områder
- fastlæggelse af den kompetenceudvikling opgaveoverdragelsen fordrer samt fyldestgørende kommunikation i implementeringsprocessen
- konsekvensvurderinger herunder økonomiske konsekvenser



” FRA ORD DER GIVER
MENING TIL HANDLING
DER SKABER FORBEDRING

Rammer for aftale om opgaveoverdragelse er beskrevet i Værktøjskassen.

Nye opgaver og roller i sundhedsvæsenet forudsætter løbende udvikling af medarbejdernes kompetencer. Hver sektor har ansvaret for at sikre, at kompetencerne svarer til de opgaver, der skal løses. Vi har en fælles opgave med at udvikle kompetencer og stille viden og kompetencer til rådighed for hinanden. Kvalitet og indhold i samarbejdet er i fokus, ud fra en fælles forståelse af, hvad god kvalitet er. Overdragelse af opgaver mellem parterne skal finde sted planlagt, aftalt og styret - fleksibelt og under hensyn til faglig udvikling.

Teknologiske løsninger skal udnyttes til at skabe bedre muligheder for behandling i borgerens hjem og til at sikre klar og rettidig kommunikation i samarbejdet.

De sundheds-it-løsninger, vi satser på, skal derfor udvikles i fællesskab og give mening for alle parter; sygehusene, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og borgeren.

Fra ord der giver mening til handling, der skaber forbedring

Vi vil styrke det forpligtende samarbejde, og den politiske vision sætter rammerne for udviklingen af samarbejdet i de kommende år. Visionen er omsat til konkrete aftaler, og vi følger aftalen til dørs i en målrettet og realistisk implementeringsplan for aftaleperioden. De mange indsatser, der skal understøtte arbejdet med sundhedsaftalen, iværksættes løbende henover aftaleperioden fra 2015-2018. Prioritering af, hvornår indsatserne sættes i værk, aftales i fællesskab. Tidspunktet vil afspejle, hvornår der er behov for den beskrevne indsats. Hertil kommer, at en lang række initiativer er i gang og vil fortsætte i løbet af aftaleperioden.

Ejerskab til sundhedsaftalen i vores organisationer har meget høj prioritet. Aftalens virke i det daglige arbejde er helt central for at nå

de mål, vi har sat os. Implementeringsopgaven omfatter mange forskellige indsatser og skal målrettes de faglige aktører, der skal arbejde efter sundhedsaftalen. Implementeringen handler om målrettet formidling, fælles kvalitetsarbejde og kompetenceudviklingsaktiviteter, hvor for eksempel frontpersonale har lejlighed til at få skabt et mere fælles sprog og få viden om hinandens kompetencer, organisation og tilbud, som så kan optimere kommunikationen og brugen af fælles værktøjer osv.

Implementeringen af aftalen understøttes af en samarbejdsorganisation, som i alle led har klare opgaver og har mulighed for at følge op på, hvad der lykkes og kan forbedres i det løbende samarbejde.

Vi gennemfører en midtvejsevaluering medio/ultimo 2016 med fokus på monitorering af aftalens mål og succeskriterier og graden af implementering.

SAMMENHÆNG OG EFFEKT – VI FÅR DET, VI MÅLER PÅ

Sundhedsaftalens vision og strategi skal skabe fælles retning og klarhed om prioritering. Vores aftaler skal have positiv effekt. Og vi skal kunne vide, om og hvornår vi har opnået den ønskede effekt. I den løbende opfølgning på aftalen vil vi fokusere på, om udarbejdelsen af forløbsbeskrivelser bidrager til et mere fleksibelt samarbejde med udgangspunkt i tidlig dialog og inddragelse. Vi følger desuden kvaliteten i samarbejdet, at patienten får det rette behandlingstilbud, og at der sker en ansvarlig ressourceanvendelse.

Genindlæggelser og mulighed for at reducere i antal af disse har over tid været anledning til mange drøftelser i samarbejdet.

Den nye tilgang i aftalen med fokus på indhold i forløb frem for rammer skal bidrage til at sikre samarbejdet omkring indlæggelse, udskrivning og ambulante forløb, så genindlæggelser sker, når det er nødvendigt som led i forløb. Data vedrørende genindlæggelser monitoreres via nationale databaser, der følges løbende.

Med den ændrede tilgang i sundhedsaftalen går vi fra det regelstyrede til i højere grad at

lade faglighed være styrende for nødvendige og rettidige indsatser.

Når vi skal følge op på vores fælles indsatser og mål, vil vi benytte kvalitative metoder, der rettes mod oplevelsen af vores indsatser – både blandt patienter, pårørende og personale - suppleret med kvantitative data, der følger op på, om vi arbejder inden for de rammer, vi aftaler. De kvantitative data vil vi bl.a. hente i den nationale monitorering af sundhedsaftalerne. Her til kommer de data, vi henter i arbejdet med sundhedsprofilerne, hvor vi vil sammenligne udviklingen over tid.

Kvaliteten i vores indsatser såvel som kvaliteten i vores samarbejde er det, vi ønsker at følge.

Sundhedsaftalens pejlemærker er vores overordnede målepunkter.

Herudover vil vi hver gang, vi sætter initiativer i gang i fællesskab aftale målepunkter, der sikrer, at vi bevæger os den rigtige vej. Vi opstiller følgende 10 konkrete pejlemærker for vores samarbejde, som vi årligt følger.

PEJLEMÆRKER

1. Forløbsbeskrivelserne har styrket oplevelsen af det fleksible samarbejde.
2. Udviklingen af kvalitet i samarbejdet er baseret på konkret viden med udgangspunkt i den nationale indsats om den ældre medicinske patient.
3. Vores kommunikation foregår elektronisk, relevant og rettidigt.
4. Antallet af borgere, der oplever at blive inddraget i eget forløb stiger i aftaleperioden.
5. Flere børn deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser for førskolebørn – særlig blandt børn med mødre uden erhvervsuddannelse.
6. Læring fra arbejdet med utilsigtede hændelser er omsat til konkrete indsatser med henblik på at udvikle evidens og udbrede best practice.
7. Tilbud om patientuddannelse og psyko-
edukation⁴ er udviklet og koordinerede, så tilbuddene supplerer hinanden.
8. Mennesker med psykiske sygdomme og/eller misbrug er også velbehandlede for deres somatiske sygdomme – såvel på sygehuse som i almen praksis.
9. Forskningsinitiativer understøtter kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle samarbejde.
10. Prioriteringsmodeller i forløbsprogrammerne er fulgt, så princippet om ressourcebevidsthed understøttes.

I opfølgningen gør vi brug af forskellige relevante kvantitative og kvalitative metoder. Disse kan være:

- Tværsektorielle audits
- Surveys
- Fokusgrupper
- Antropologiske studier
- Monitorering af vores elektroniske kommunikation
- Landsdækkende undersøgelser af patienttilfredshed somatik og psykiatri
- Opfølgning på utilsigtede hændelser
- Datatræk for udvalgte borgeres indlæggelsesmønstre
- Analyser af samlet ressourceforbrug
- Kvalitet i samarbejdet kortlægges via kvalitetsudviklingsarbejdet omkring den ældre medicinske patient.

Af sundhedsaftalens Handle- og implementeringsplan⁵ fremgår det, hvordan sundhedsaftalen løbende monitoreres i aftaleperioden.

⁴ Undervisning af psykiatriske patienter og deres pårørende

⁵ Se Sundhedsaftalens værktøjskasse

ADMINISTRATIV UDMØNTNING AF DEN POLITISKE AFTALE

” ALLE PARTER ARBEJDER
MED KVALITETSUDVIKLING
AF OPGAVELØSNINGEN I
FORSKELLIGT REGI

1. TVÆRGÅENDE TEMAER

1.1. Kvalitet og læring

Alle parter arbejder med kvalitetsudvikling af opgaveløsningen i forskelligt regi; i lokale og tværsektorielle udviklingsprojekter, i samarbejdet om patientsikkerhed og i egentlige forskningsprojekter. Men vi arbejder ofte med forskellige tilgange, begreber og metoder. Vores registrering af og adgang til data varierer.

Vi systematiserer det fælles arbejde med kvalitetsudvikling i løbet af aftaleperioden, i første omgang med afsæt i samarbejdet om ældre medicinske borgere⁶. Arbejdet skal sikre, at der følges op på fælles mål, og at der indsamles og analyseres på data, der kan tilvejebringe ny viden om gode forløb.

Som udgangspunkt monitoreres på eksisterende data. Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udviklet nationale indikatorer, som vil indgå i den løbende opfølgning på sundhedsaftalens mål. De nationale indikatorer indgår i det løbende opfølgings- og kvalitetsarbejde⁷.

Vi vil sikre opfølgning på alle igangsatte udviklingsinitiativer.

1.2. Patientsikkerhed

Vores samarbejde om at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem systematisk registrering og analyse af utilsigtede hændelser⁸ i sektorovergange skal fortsætte. Udsving i antallet af utilsigtede hændelser kan for eksempel skyldes flere fejl eller flere rapporterede fejl. Kernen i patientsikkerhedsarbejdet er, at analyserne giver os mulighed for at identificere fejlkilder, mønstre og tendenser, så vi får ny viden, læring, ændret praksis og undgår at gentage de samme fejl. Derfor er det vigtigt, at alle parter systematisk indrapporterer utilsigtede hændelser.

Læring finder sted på forskellige niveauer:

- på lokalt niveau hvor utilsigtede hændelser rapporteres og analyseres og via handleplaner for spredning af viden til relevante parter
- i samarbejdsorganisationen, som på baggrund af dokumentation diskuterer problemstillinger inden for patientsikkerhed
- på beslutningsniveau ved behandling af generelle problemstillinger og eventuelt nye tiltag

Samarbejdet om patientsikkerhed i sektorovergange er beskrevet i Værktøjskassen.

1.3. Forskning

Vi vil styrke forskning med et klart tværsektorielt sigte for at skabe evidens for god, bedre og fremtidig praksis. Ny viden skal anvendes til fælles gavn. Vi prioriterer ressourcer til forskning, der har til formål at dokumentere effekt ved at undersøge og evaluere arbejdsgange og modeller for organisering og samarbejde samt sundhedsindsatser, der forbedrer kvaliteten af borgerforløb på tværs af sektorer.

Gennemførelse af tværsektorielle forskningsprojekter forudsætter, at vi stiller data til rådighed for hinanden. Dokumenteret viden skal bidrage til at understøtte prioriteringer i samarbejdet.

Vi vil igangsætte forskningsprojekter inden for særligt prioriterede udviklingsområder i aftalen, med fokus på at øge sundheden hos særlige målgrupper og udvikle evidens om gode tværsektorielle forløb. Dette gælder på både det psykiatriske og somatiske område

⁶ Aftale om udmøntning af Den nationale handleplan for den ældre medicinske patient samt organisering af fælles forløbskoordinationer findes i Værktøjskassen

⁷ Se indikatorerne her: <http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/SUA/Sider/sua.aspx>

⁸ Utilsigtede hændelser defineres ved, at de ikke skyldes borgers sygdom, er skadevoldende eller kunne have været det, forekommer i forbindelse med behandling/sundhedsfaglig virksomhed eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (primært apoteker).

1.4. Kompetencer og relationer

Vi arbejder systematisk med tværsektoriel kompetenceudvikling. Arbejdet skal understøtte aftalens vision, strategi og implementering af de konkrete aftaler, herunder forløbstankegangen og det fleksible samarbejde.

Fælles skolebænk giver mulighed for udveksling af erfaringer og viden. Når vi »får sat ansigt på hinanden« både i form af formaliserede fora og i mere uformelle sammenhænge på tværs af sektorerne, etableres rammer for uformel dialog og sparring. Målgruppen for fælles læring kan være frontpersonale, ledere, forskellige faggrupper m.fl.

Indholdet i kompetenceudviklingen kan fokusere på enkelte diagnoser ift. sundhedsfaglig opdatering, på forløbsfaser som for eksempel rehabilitering, ambulante forløb, palliation eller på emner som kommunikation.

Borgernes perspektiv på udvikling af kompetencer i samarbejdet skal inddrages, enten som undervisere, medplanlæggere eller deltagere.

I alle tværsektorielle udviklingsprojekter skal der tages stilling til perspektiver for læring og videndeling.

Vi dedikerer ressourcer til at styrke tværsektoriel forskning og kompetenceudvikling.

Vi vil undersøge potentialet i fleksible læringsformer som e-learning og brug af videokonferencefaciliteter for tværsektoriel kompetenceudvikling

Vi vil udarbejde en handleplan for fælles og systematisk kvalitetsudvikling, herunder fælles begrebsarbejde, dokumentation og metoder, blandt andet tværsektorielle audits

1.5. Økonomi og kapacitet

For både at sikre sammenhæng i borgerens forløb og en effektiv styring af de samlede ressourcer er der behov for at sikre en aktivitetsmæssig og økonomisk gennemsigtighed.

Vi leverer aktivitetsdata samt andet konkret materiale og oplysninger i forbindelse med opgaver og analyser, der bidrager til en hensigtsmæssig koordinering af kapacitet og styring i de respektive sektorer.

Udveksling af aktivitetsdata

Regionen stiller i muligt omfang de nødvendige data om egen og praksissektorens aktivitet og service med videre til rådighed for analyse- og planlægningsarbejde.

Kommunerne stiller i muligt omfang data til rådighed for regionen og sygehusene med henblik på analyse- og planlægningsarbejde. Data kan for eksempel omhandle ydelser og serviceniveau inden for hjemmesygepleje, genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme mv.

Af hensyn til den løbende koordinering af kapacitet mellem sektorerne udveksles information om aktivitetsmønstret i sygehusregi, kommuner og almen praksis.

I sundhedsaftalens samarbejdsfora foregår en løbende orientering og dialog om væsentlige ændringer i aktivitet og kapacitet, herunder samarbejde om afklaringen af de nærmere forudsætninger og konsekvenser for parterne i samarbejdet. For sygehusenes vedkommende handler det om ændringer i behandlingsaktivitet og/eller væsentlige ændringer i behandlingsmetoder, og for kommunerne om væsentlige ændringer i struktur, kapacitet, serviceniveau og kvalitetsstandarder i forebyggende ydelser, hjemmesygepleje og sundhedsplejen, korttidsstilbud (rehabiliterings-, trænings-, pleje- og aflastningstilbud).

Aktivitetsforudsætninger i den økonomiske planlægning

Regionen orienterer primo året kommunerne og almen praksis om forventningerne til det

kommende års udvikling i aktivitet, baseline, aktivitetsvækstkrav og medfinansiering for de enkelte sygehusområder og for praksisområdet.

Sygehusene orienterer løbende kommunerne og praksisplanudvalget om eventuelle forventede større aktivitetsændringer. Kommunerne orienterer tilsvarende sygehusene og praksis om forventede ændringer i aktiviteter og service.

Fælles analysearbejde

Region Sjælland, kommunerne og almen praksis forpligter sig til at medvirke i fælles analysearbejder, blandt andet med henblik på at beskrive sandsynlige konsekvenser for aktivitet og økonomi på tværs af sektorerne ved ændringer i opgavevaretagelsen for derigennem at understøtte en samordnet udvikling af sundhedsvæsenet.

Opfølgning

Det vurderes løbende:

- om udvekslingen af data og aktivitetsforudsætninger mellem sygehus, praksis og kommuner fungerer efter hensigten
- om den fornødne koordinering af kapacitet har kunnet sikres og
- om de ønskede analyser har kunnet tilvejebringes

Opgaveoverdragelse og delegation

Vi ønsker, at opgaver overdrages planlagt og styret mellem parterne. Samarbejdet om opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed er beskrevet i Værktøjskassen.

Vi vil udvikle en Business case-model, der understøtter vores mulighed for at træffe beslutninger med et samlet økonomisk perspektiv

Vi vil udvikle værktøj til at standardisere og sikre klarhed om jura i forhold til udveksling af data på tværs af sektorer, blandt andet til kvalitetsudvikling i tværsektorielle projekter

1.6. Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenet skal understøttes af velfungerende sundheds-it og digitale arbejdsgange. Hurtig adgang til relevante oplysninger og mulighed for at dele data på tværs af sektorer er afgørende for et godt og sikkert forløb for borgeren.

Sundheds-it skal samtidig bruges som grundlag for at inddrage borgeren i egen behandling for eksempel i form af tværsektoriel telemedicin, til at følge op på indsatser og pege på, hvor der er behov for forbedringer.

Sundheds-it skal derfor udvikles i fællesskab. De løsninger, vi satser på, skal give mening for alle parter; sygehusene, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og borgeren.

Vi betragter digitaliseringsprojekter som et væsentligt element i organisationsudvikling. Digitaliseringsprojekterne handler derfor ikke blot om at etablere en teknisk løsning, men i høj grad om organisatorisk forankring, relevant udbredelse, korrekt og rettidig anvendelse

samt om at sikre indholdsmæssig kvalitet i det sundhedsfaglige indhold.

Det er en central opgave i samarbejdet at sikre implementering og organisatorisk forankring af allerede igangsatte initiativer. En digital løsning er først fuldt implementeret og organisatorisk forankret, når den teknisk fungerer og anvendes i den sammenhæng og af de personer, som løsningen er tiltænkt.

Vi ønsker desuden at prioritere nye, fælles digitaliseringsprojekter. Alle initiativer understøtter sundhedsaftalens overordnede målsætninger eller elementer heraf.

Ambition og prioritering

Vi følger Den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017. Dertil kommer udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering med fokus på KOL-patienter⁹ samt understøttelse af eventuelt identificerede udviklingsbehov i regionen. Vi vil bruge udviklingsressourcerne bedst muligt, og sammenhængen til nationale strategier sikrer, at vi ikke skal opfinde den dybe tallerken i alle regioner.

Målsætningen er ambitiøs. En del af de initiativer, der iværksættes som et led i udmøntningen af den nationale strategi, vil være rammesættende, mens andre vil fungere som beslutningsgrundlag for fremtidige initiativer. Atter andre er helt konkrete digitaliseringsinitiativer. Tilslutning til realisering af initiativer under National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet vil forudsætte prioritering af økonomiske ressourcer – herunder også anvendt tid for de medarbejdere, der skal gennemføre initiativerne.

Handleplan for Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Den konkrete prioritering og igangsættelse af projekter sker ved beslutning truffet på basis af en regional/kommunal business case, der gør det muligt at foretage en samlet prioritering af indsatser, forventede gevinster og økonomiske konsekvenser ved de foreslåede initiativer. Finansiering af initiativerne vil indgå i beslutningsgrundlaget. Handleplan for Sundheds-it og digitale arbejdsgange udpeger en række konkrete initiativer for digitaliseringsindsatsen

i regionen og beskriver sammenhængen til nationale strategier (se Værktøjskassen).

Vigtige elementer i Handleplanen er:

- **Fuld korrekt anvendelse af alle MedCom-standarder i kommunikationen mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren. Forudsætter en særlig indsats i samarbejdet mellem kommuner og sygehuse om den psykiatriske patient.**
- **Standardiseret anvendelse af sundhed.dk til formidling af tilbud til borgeren.**
- **Fuld korrekt anvendelse af Fælles Medicin Kort på sygehuse, i kommuner og praksissektoren.**

Forankring af entydigt ansvar

- **Ansvar for teknisk implementering, organisatorisk forankring samt overdragelse af den digitale løsning til driftsorganisationen ligger i en tværsektoriel projektstyringsgruppe.**
- **Ansvar for opfølgning på relevant udbredelse, korrekt og rettidig anvendelse af den digitale løsning samt opfølgning på den faglige kvalitet af det indhold, som den digitale løsning formidler ligger i samarbejdsorganisationen for Sundhedsaftalen. Opfølgning på relevant udbredelse og anvendelse af digitale løsninger sker ved monitorering af aftalte målepunkter.**

Sundhedsplatformen

Regionens anskaffelse af ny klinisk it-arbejdsplads – Sundhedsplatformen – rummer muligheder for det tværsektorielle samarbejde, der endnu ikke er fuldt afdækkede. Der skal sikres en sammenhæng til den nye platform, som regionen vil ibrugtage i løbet af aftaleperioden.

Vi vil udmønte Handleplan for sundheds-it og digitale arbejdsgange

⁹ TeleCare Nord projekt.

”

DER ER BEHOV FOR
MERE SMIDIGE
SAMARBEJDSRELATIONER

2. OBLIGATORISKE INDSAT SOMRÅDER

De tidligere sundhedsaftaler indeholder beskrivelser af, hvordan vi sikrer god overlevering mellem aktørerne med rammer for, hvordan og hvornår aktørerne skal kommunikere. Der har for eksempel været særlig fokus på at have aftaler om varsling af udskrivelser. Ligesom aftaler om tilgængelighed i form af telefontid og kommunikationsformer (telefon, fax, mail og andre elektroniske værktøjer) har været bærende elementer for at kunne samarbejde.

Ambitionerne for denne 3. generationsaftale rettes mod, hvordan vi i et smidigt samarbejde på tværs af sektorer skal bidrage til at sikre det sammenhængende borgerforløb.

Der er behov for mere smidige samarbejdsrelationer, som kan håndtere organisatoriske ændringer i én sektor og de konsekvenser, det kan have for borgerens forløb. Det giver for eksempel ikke mening at have aftaler om flere døgns varsling før udskrivelse, når borgerne i stigende grad indlægges på korttidsafdelinger, hvor målet er, at borgeren skal udredes og behandles inden for et døgn.

Tilgangen hviler først og fremmest på initiativer, der understøtter et samarbejde struktureret omkring fagligt indhold i de enkelte

forløb, hvor roller og ansvar er tydeliggjort, og hvor der er skabt grundlag for målrettet opfølgning og kvalitetssikring. Der er med andre ord tale om en omfattende ændring i tilgang i forhold til de foregående sundhedsaftaler.

De obligatoriske indsatsområder er: Genoptræning og rehabilitering, Behandling og pleje og Forebyggelse.

2.1. Genoptræning og rehabilitering

Centralt for samarbejdet omkring genoptræning og rehabilitering er, at alle borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk og/eller psykisk sygdom, som har behov for genoptræning og/eller rehabilitering, får tilbudt et sammenhængende og velkoordineret forløb af høj faglig kvalitet.

Indsatsområdet er i mange sammenhænge tæt koblet til indsatsområderne Behandling og pleje og Forebyggelse, da mange borgere i genoptrænings- og rehabiliteringsforløb ligeledes kan være i et samtidigt behandlings- og /eller forebyggelsesforløb.

Definitioner

Sundhedsstyrelsen definerer formålet med genoptræning på følgende måde: Formålet med genoptræning er, at patienten/ borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne, så man kan vende tilbage til sin hverdag på den bedst mulige måde. Genoptræning kan foregå under indlæggelse på sygehus, efter udskrivelse fra sygehus og også uden forudgående indlæggelse på sygehus¹⁰.

Vi tager udgangspunkt i det rehabiliteringsbegreb der er beskrevet i Hvidbogen om Rehabilitering¹¹: Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige 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.

Der kan derfor være overlap mellem genoptrænings- og rehabiliteringsforløb, ligesom metoder og tilgange kan gå på tværs. Mål og retning for indsatserne opstilles i samarbejde med borgeren, dennes netværk og relevante faglige indsatser fra både region, kommune og almen praksis.

Referenceramme og tilgang til borgeren

Fælles mål og retning i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger forudsætter en fælles afklaring af ressourcer og muligheder. Vi anvender WHO's International Classification of Functioning (ICF) som referenceramme i arbejdet med rehabilitering¹².

Vi har en sundhedspædagogisk tilgang til samarbejdet med borgeren. Når tilgangen er sundhedspædagogisk, er udgangspunktet hele borgerens liv – ikke kun den eller de sygdomme, som borgeren har. Borgerens egen definition af det gode liv og deres egne livsværdier respekteres. Derved involveres borgere, pårørende og netværk som aktører både i målsætningen for rehabilitering og i beslutningen om, hvilke indsatser der skal iværksættes.

I psykiatrien er recovery blevet en naturlig reference i behandlingen, hvor det grundlæggende mål er at hjælpe den enkelte videre i livet ved at fokusere på selvbestemmelse og involvering. Recovery drejer sig ikke om en bestemt teknik, men handler i høj grad om et paradigme, der forudsætter et bredt udgangspunkt. I behandling og støtte af den enkelte, er fokus også på psykologiske og sociale faktorer, der har afgørende betydning for muligheden for at komme sig og komme videre i livet¹³.

Vi vil udarbejde forløbsbeskrivelse for rehabilitering, herunder henvisningspraksis, med henblik på at styrke samarbejdet om fælles målsætninger på tværs af sektorer og forvaltningsområder¹⁴

Styrket sammenhæng og koordination

Målet for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen er sammenhængende og effektive genoptrænings- og rehabiliteringsforløb for borgeren. Tilrettelæggelsen af indsatserne skal understøtte borgerens mestringsevne og selvstændighed ved funktionstab eller risiko for funktionstab.

Vi skal sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for at levere genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen. Det entydige ansvar aftales undervejs, også ved skift i koordineringsansvar.

Sygehus, kommune og almen praksis bidrager hver især til udredningen af borgerens funktionsevne, genoptræningsbehov, rehabiliteringsbehov og -potentiale. Alle gør denne viden tilgængelig for øvrige relevante aktører så tidligt som muligt med udgangspunkt i de generelle forløbsbeskrivelser¹⁵.

Tværasektorielle genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i form af tidlige og målrettede indsatser skal være med til at forebygge udvikling eller forværring af kronisk sygdom. Et væsentligt element i indsatsen vil være at un-

derstøtte, at tilknytningen til uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet fastholdes.

Med reformerne på arbejdsmarkedet (kontakt-hjælp, førtids- og fleksjob samt sygedagpenge) er behovet for en styrket koordinering både mellem forvaltningsområder og mellem sektorer om den helhedsorienterede indsats overfor den enkelte borger øget. Reformerne indebærer nye strukturerede samarbejder mellem kommuner og region.

Vi vil tilbyde borgere og pårørende undervisning, der giver redskaber, som øger mulighederne for at skabe et selvstændigt og meningsfuldt liv og medvirker til at forebygge tilbagefald (psykoedukation)

Vi vil følge erfaringerne fra samarbejdet på tværs af forvaltningsområder og sektorer i relation til reformerne på beskæftigelsesområdet for at afklare om principperne herfra kan udbredes til andre områder i det tværsektorielle samarbejde

Særlige målgrupper

Vi har særligt fokus på borgere med nedsat funktionsevne, som ikke mestrer eget liv og har behov for støtte til at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Det gælder følgende målgrupper:

- Borgere med hjerneskade
- Borgere med demens
- Borgere med misbrug og somatisk sygdom
- Borgere med dobbeltdiagnose¹⁶
- Borgere med kronisk sygdom
- Borgere med multisygdom¹⁷
- Borgere med psykiske sygdomme
- Børn med funktionsnedsættelse og kronisk sygdom
- Børn med psykiske symptomer

Samarbejde med fokus på sammenhæng og tidlig inddragelse

Vi inddrager hinanden tidligt og løbende i både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb for at styrke, at samtidige indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder er koordinerede, og ansvaret for forløbet er aftalt og tydeligt placeret.

¹¹ Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet; 2004

¹² ICF: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/socialmedicin/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>

¹³ Regeringens udvalg for psykiatri: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser; 2013

¹⁴ Se Værktøjskassen.

¹⁵ Se Værktøjskassen.

¹⁶ Borgere med misbrug og psykisk sygdom

¹⁷ Multisygdom: Forekomst af to eller flere langvarige sygdomme hos den samme patient

¹⁰ Sundhedsstyrelsen: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/behandling-og-rettigheder/genoptraening-og-rehabilitering/genoptraening>

Væsentlige professionelle aktører er inden for følgende områder:

- Region
 - Sengeafsnit
 - Tværgående afdelinger (her ergo- og fysioterapeuter)
 - Ambulatorier/ psykiatriske klinikker/ distriktspsykiatri
 - Arbejdsmedicinsk klinik
 - Sociale tilbud
- Kommuner
 - Træningsområdet
 - Beskæftigelsesområdet
 - Misbrugsområdet
 - Undervisningsområdet
 - Socialområdet (myndighed – børn, unge og voksne)
 - Socialpsykiatrien og sociale botilbud
 - Sundhedsfremme og forebyggelse
 - Hjemmeplejen/ -sygeplejen
 - Sundhedsplejen
- Almen praksis/ speciallægepraksis/ psykologer/ praktiserende fysioterapeuter/ kiropraktorer/ fodterapeuter

Borgere kan have samtidige rehabiliterings- og/eller genoptræningsforløb på tværs af sektorer og lovgivningsområder. Ansvarsfordelingen mellem sektorer, som beskrevet nedenfor, er defineret af flere forskellige lovgivninger. I samarbejdet om den fælles borger tager vi udgangspunkt i forløbstænkningen og borgerens plan for at skabe sammenhæng på tværs af lovgivningsområder til gavn for borgeren.

Differentiering af genoptrænings- og rehabiliteringstilbuddet

Borgerens behov for genoptræning med baggrund i både patientens egen og den lægefaglige vurdering beskrives i en genoptræningsplan, der også beskriver om genoptræningen skal være almen genoptræning eller genoptræning på specialiseret niveau. Behov for rehabilitering på specialiseret niveau beskrives også ved en genoptræningsplan. Dette gælder også patienter, der udskrives fra en psykiatrisk afdeling.

Sygehusene er ansvarlige for genoptræning, under indlæggelse og genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivning, såfremt særlige kriterier er til stede. Denne opgave er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller at patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner.

Sygehusene er ved udskrivning af patienter med behov for specialiseret rehabilitering ansvarlige for at udfylde en genoptræningsplan til rehabilitering på dette niveau.

Heri beskrives patientens samlede funktions-evne samt behov for rehabiliteringsindsatser. Der kan i genoptræningsplanen anbefales metode, omfang og karakter af den videre indsats. Den specialiserede rehabilitering foregår på få enheder, for nogle patientgrupper kun ét til to steder i landet.

Rehabilitering i sygehusregi og genoptræning på specialiseret niveau retter sig mod sygdom og behandling.

Kommunerne er ansvarlige for almen genoptræning på basalt og avanceret niveau og har ligeledes ansvar for, at andre relevante rehabiliteringsindsatser til genoptræningspatienter på avanceret niveau iværksættes. Genoptræning på avanceret niveau kan ske i samarbejde med både sygehus og særlige rehabiliteringsenheder.

Derudover har kommunerne ansvaret for rehabiliteringsindsatser efter den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet.

Almen genoptræning retter sig mod hverdagslivet og fremtiden.

Almen praksis har en væsentlig rolle ved tidlig opsporing samt identifikation, registrering og opfølgning på borgerens risikofaktorer. Hvis den praktiserende læge vurderer, at borgeren har behov for genoptræning og/eller rehabilitering, henvises patienten til relevant tilbud i kommunalt regi, tilbud hos privatpraktiserende terapeut eller eventuelt tilbud i sygehusregi. Henvisningen sker ud fra en individuel vurdering. Herudover har almen praksis mu-

lighed for at varetage konkrete forebyggende interventioner. Hvis en borger, henvist af praktiserende læge, ikke tilbydes den foreslåede indsats, informeres praktiserende læge om årsagen, så alternative løsninger kan sættes i værk. Ingen borger må efterlades mellem to stole.

Samarbejdet om genoptræning er beskrevet i Værktøjskassen.

Genoptræningsforløbet iværksættes hurtigst muligt, gerne på baggrund af en fælles faglig vurdering.

Vi vil udvikle og afprøve modeller for systematiske, samtidige tværsektorielle udredningsforløb

Vi vil identificere og udbrede vel-fungerende løsninger mellem psykiatri og somatik

Kommunikation

Systematisk og struktureret kommunikation er et væsentligt udviklingsområde i aftaleperioden. Tværfaglig og tværsektoriel kommunikation omkring identificerede *rehabiliteringsbehov* og iværksatte rehabiliteringsindsatser foregår via flere forskellige kanaler, afhængig af den konkrete borgers situation og de konkrete aktører. Kommunikationen skal sikre, at identificerede rehabiliteringsbehov videregives til relevante parter, ligesom iværksatte, evt. samtidige, rehabiliteringsindsatser koordineres.

Genoptræningsbehov for både almen genoptræning og genoptræning på specialiseret niveau kommunikerer via den elektroniske genoptræningsplan (MedCom).

Rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau formidles via en genoptræningsplan

Vi vil udarbejde aftaler for den fælles digitale kommunikation på rehabiliteringsområdet via MedCom

Kvalitet og monitorering

Der er behov for et øget fokus på valide ensartede data på tværs af sektorer med henblik på at vurdere, hvorvidt målsætningen for genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatsen nås og med hvilken effekt for borgeren.

Vi tager udgangspunkt i de nationale indikatorer for monitorering af sundhedsaftalen og lokalt definerede kvalitetsmål, og vi vil benytte os af eksisterende registreringer.

De konkrete monitoreringsindsatser beskrives i Værktøjskassen.

Vi vil udvikle samarbejdet omkring fælles monitorering af rehabiliteringsområdet, herunder monitorering af kvalitet i indsatsen med udgangspunkt i den borgeroplevede kvalitet og, hvor det er muligt, sundhedseffekter

Vi vil udvikle fælles metoder for prioritering til rehabiliteringsindsatser

Vi vil styrke forskningen og evidensen på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet gennem etablering af et ph.d. forløb med fokus på tværsektoriel rehabilitering

Vi vil udvikle og udbrede forløb for pårørende til patientgrupper som for eksempel forældre til børn med medfødte misdannelser, alvorligt sindslidende og alvorligt syge

”

MÅLET MED PLANEN ER,
AT DEN ENKELTE BORGER
OG DENNES NETVÆRK
OPLEVER SAMMENHÆNG
OG KVALITET

Hjælpemidler og behandlingsredskaber

For at sikre, at borgeren får de rette behandlingsredskaber og hjælpemidler, skal det i forbindelse med udskrivning aftales, hvilke remedier der er nødvendige for borgerens videre behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering, herunder ansvar og tidspunkt for udlevering¹⁸.

For at understøtte samarbejdet om hjælpemidler og behandlingsredskaber, vedligeholdes Afklaringskemaet¹⁹, som er parternes lokale værktøj i fortolkningen af Afgrænsningscirkulæret, løbende.

I samarbejdet skal der lægges vægt på borgere med særlige behov. Det kan f.eks. være patienter med hurtigt fremadskridende eller svære kroniske lidelser og børn med alvorlig sygdom eller handicaps.

Der skal gives information til borgeren om, hvilken service der kan forventes, herunder om der er egenbetaling og hvilke regler der er for tilbagelevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Samarbejde

De overordnede principper for arbejdsdeling mellem region og kommuner vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler er følgende:

Regionen har ansvar for:

- Hjælpemidler til brug i en midlertidig periode
- Apparat og behandlingsredskaber, som led i behandlingen

Kommunerne har ansvaret for:

- Hjælpemidler til varigt brug
- Boligindretninger ved varigt behov
- Nødvendige arbejdsredskaber i hjemmet til brug for kommunalt ansatte og deres arbejdsmiljø

Borgeren er i visse situationer selv ansvarlig for at anskaffe hjælpemidler, apparatur og behandlingsredskaber. Se hvilke i Værktøjskassen.

I Afklaringskemaet gives en oversigt over arbejdsdelingen mellem region, kommune og egen læge/speciallæge. Skemaet beskriver, hvem der har ansvar for at vurdere og levere hjælpemidler og behandlingsredskaber/apparat samt om borgeren selv skal betale for hjælpemidlet.

Forløbsbeskrivelsen for stationært og ambulante behandlingsforløb beskriver den kommunikation og de rammer, som er aftalt mellem kommuner, sygehus og almen praksis i samarbejdet omkring og formidlingen af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Med baggrund i Kræftplan III og det nationale forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft har vi udarbejdet en fælles implementeringsplan for forløbsprogrammet (se Værktøjskassen).

Målet med planen er, at den enkelte borger og dennes netværk oplever sammenhæng og kvalitet i sundhedsydelser og tilbud. Herudover skal planen sikre sammenhæng med den indsats, der i øvrigt foregår på kræftområdet, herunder kræftpakkerne.

Forløbsprogrammet implementeres i aftaleperioden i kommuner, almen praksis og på sygehuse. Almen praksis skal bidrage til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet i henhold til pakkeforløbene.

Den palliative indsats

Palliation omhandler den professionelle indsats for at forebygge og lindre lidelse for mennesker ramt af livstruende sygdom (for eksempel lungesygdom, hjertesvigt, kræft, kronisk nyresygdom og neurologisk sygdom). Formålet med den palliative indsats lægger sig op ad Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) definition: »... at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art«. (2002)²⁰

¹⁸ Se forløbsbeskrivelse i værktøjskassen for stationært og ambulante forløb.

¹⁹ Findes i Værktøjskassen suppleret med en uddybende præcisering

²⁰ Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for den palliative indsats (2011), s.11

Palliativ indsats tilrettelægges ud fra borgernes behov med udgangspunkt i, at indsatsen også omfatter pårørende. Den tidlige palliative indsats er ofte en del af anden behandling. For borgere, der bliver helbredt, afsluttes den palliative indsats på dette tidspunkt. For borgere, der ikke bliver helbredt, kan der opstå flere og nye behov, som kræver ny palliativ indsats. Palliation kan altså dels være en del af en behandling, og dels betragtes som en rehabiliterende indsats over for mennesker med livstruende sygdom.

Behovet for palliativ omsorg kan variere meget – i den enkelte borgers forløb og fra borger til borger. Den palliative indsats inddeles i tre faser²¹:

- Tidlig palliativ fase (kan vare år). Patienten er i målrettet livsforlængende og eventuelt helbredende behandling. Indsatsen sker tidligt i forløbet og som regel som led i den almindelige behandling, omsorg og pleje af patienten og de pårørende.
- Sen palliativ fase (varer måneder, hvor helbredende behandling er ophørt). Behandlingen går fra helbredelse eller behandling til lindrende karakter.
- Terminal fase (varer dage til uger, hvor patienten i den sidste tid er døende). Målet vil være en så god livsafslutning som muligt for både patient og pårørende. Efter patientens død består evt. palliativ indsats i støtte til de efterladte.

Med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2011 inddeles den palliative indsats i hhv. basal og specialiseret indsats. Den basale indsats varetages af den del af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som hovedopgave for eksempel almen praksis, kommuner og sygehusafdelinger. Den specialiserede indsats varetages af dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave for eksempel palliative team, sygehusenes palliative afdelinger og hospice.

Den palliative indsats involverer aktører på tværs af sektorerne, hvilket fordrer et tæt og

velkoordineret samarbejde med udgangspunkt i den enkelte borgers situation.

Ved palliativt behov tildeles patienten en palliativ tovholder. Funktionen som tovholder for den basale palliative indsats på sygehuset varetages af speciallæger og sygeplejersker. Funktionen som tovholder for den specialiserede palliative indsats på sygehusene varetages af det palliative team.

Kommunikation og samarbejde er beskrevet i Forløbsbeskrivelsen for stationært forløb²².

Vi vil implementere forløbsbeskrivelsen for stationært forløb

Vi vil højne kompetenceniveauet blandt personale med varetagelse af opgaver inden for den palliative indsats, med særlig fokus på at løfte det basale niveau, og styrke adgangen til støtte fra specialiseret niveau

Vi vil følge erfaringer med projekt om telefonvagt for palliative patienter, der er tilknyttet Afdeling for Lindrende Indsats, palliativt team og for patienter indlagt på Svanevig Hospice og Hospicegården Filadelfia, med henblik på videre udrulning

Vi vil afprøve et fælles, webbaseret screeningsværktøj til systematisk behovsvurdering ved alle sektorovergange

2.2. Behandling og pleje

Smidigt og velkoordineret samarbejde

Behandling og pleje er en del af den samlede indsats, der via den politiske strategi skal føre os frem mod den politiske vision Fælles om bedre sundhed. Strategiens dimensioner Mere sundhed til flere, Borgeren som partner, En borger - én plan og Et integreret og borgernært sundhedsvæsen adresseres i de følgende afsnit under fire hovedmålsætninger, der håndterer konkrete udfordringer eller udviklingsinitiativer i samarbejdet.

Styrkelse af borgerens mestringsevne – Borgeren som partner

Som det også fremgår af afsnittene om »Genoptræning og rehabilitering« og »Forebyggelse« vil vi udvikle bedre rammer og større fælles faglighed om en rehabiliterende tilgang til opgavevaretagelsen på tværs af somatik og psykiatri. En tilgang, hvor vi bedst muligt sikrer borgerens mulighed for at tage ansvar som partner i eget forløb.

Borgerens forudsætninger for at indgå aktivt i eget forløb er baseret på, at nødvendig viden for at kunne træffe beslutninger er til stede i en form, der kan forstås. Dette stiller krav til alle aktører i et forløb om at kommunikere ud fra modtagerens forudsætninger.

Vi vil udbrede fælles sundhedspædagogisk tilgang til frontpersonale

Vi vil designe formidlingsveje og måder at inddrage borgerne

Vi vil samarbejde med borgerne om at kvalificere og udvikle informationsmateriale, der skal understøtte borgerens beslutningsmuligheder

Kobling af rigtig patient, rigtig aktør, rigtigt forløb

For at sikre patienten det optimale forløb i samarbejdet med sundhedsvæsenets aktører er det nødvendigt at sikre overblik over det samlede forløb og sikre, at det rette hold af aktører sættes fra start.

Samarbejdet med og om patienten i forbindelse med et behandlings- og plejeforløb starter ved første behandlingskontakt. Det vil sige, når mere end én sundhedsfaglig og/eller socialfaglig aktør (kommune, praktiserende læge, sygehus) er involveret i forløbet.

Det skal ske ved, at kommune og praktiserende læge begynder forberedelsen til at modtage patienten efter udskrivelse – allerede i begyndelsen af patientens indlæggelse. Det kræver, at sygehusene ved indlæggelsen skaber de første kontakter til både kommune og praktiserende læge med de relevante informationer, der er nødvendige for at kunne forberede en god modtagelse af patienten efter udskrivelse, og for at sikre flow i forløbet både før, under og efter indlæggelse.

For fagligt at understøtte forløbstanken udarbejdes der en række forskellige forløbsbeskrivelser (se Værktøjskassen). Forløbsbeskrivelserne beskriver kommunikationsveje i samarbejdet om patientens forløb, og hvordan den enkelte aktør på ethvert givet tidspunkt skal involvere og kommunikere med en anden aktør. Samtidig giver forløbsbeskrivelserne den enkelte aktør mulighed for at overskue det samlede forløb og dermed forudse næste skridt. Dette skal bidrage til en øget dynamik i forløbet, hvor aktører byder ind samtidigt og på skift - hele tiden med det for øje at sikre flow i det samlede forløb.

Borgerens plan

Forløbsbeskrivelsen tilpasset den konkrete patient udgør det samlede overblik og planen for forløbet. På baggrund af den tilpassede forløbsbeskrivelse udformes Borgerens plan. Borgerens plan er en samlet oversigt over fælles overordnede mål, aftaler og kontakter. Planen sikrer borgeren som patient overblik over eget forløb. Borgerens plan følger borgeren og opdateres løbende.

²¹ Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogram for rehabilitering i forbindelse med kræft.

²² Findes i værktøjskassen.

Vi vil udvikle et værktøj til borgerens eget overblik over forløb og aktører; Borgerens plan. Værktøjet indeholder fælles mål og aftaler

Forløbsbeskrivelser

Forløbsbeskrivelserne udarbejdes med udgangspunkt i forskellige typer af forløb på tværs af sektorer. Dels for generelle forløb, hvor kommunikationen primært foregår via den etablerede kommunikation i MedCom, og dels for øvrige forløb. Kendetegnende for øvrige forløb er, at kommunikationen mellem sektorerne adskiller sig fra den etablerede kommunikation via MedCom. Der er derfor behov for at aftale eller udvikle specifikke kommunikations- og samarbejdsaftaler for disse forløb.

Samarbejdet om de psykiatriske patienter er kun i begrænset omfang dækket af MedCom-

løsninger, og har derfor en særlig opmærksomhed i udviklingen af forløbsbeskrivelser.

I afsnittet om Sundheds-it og digitale arbejdsgange er den fælles strategi for udvikling af nye kommunikationstiltag baseret på MedCom-standarder beskrevet.

Kommunikation med ikke sundhedsfaglige, der bidrager i borgerens forløb, skal sikres. Her påhviler der henholdsvis kommune, sygehus og praktiserende læge et særligt ansvar for at være opmærksomme og tilgængelige for samarbejde med disse aktører (skolelærere, politibetjente mv.).

Vi vil samarbejde med udgangspunkt i forløbsbeskrivelser for:

- **Stationære forløb (somatik og psykiatri)**
Dækker alle stationære forløb uanset indlæggelsens varighed, medmindre der er udarbejdet en specifik forløbsbeskrivelse (se listen nedenfor)
- **Ambulante forløb**
- **Akut ambulante forløb - skadestue**
- **Patienter med flere samtidige forløb**
Klarhed om den fælles plan, ansvar og opgaver i et samtidigt og sammenhængende forløb.
- **Patienter fra børne- og ungdomspsykiatrien**
Tæt samarbejde mellem Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunen, den praktiserende læge og børne- ungdomspsykiatrien. Behov for specifik beskrivelse af henvisningspraksis, herunder rådgivning til kommunen og den praktiserende læge.
- **Patienter med dobbeltdiagnose (psykiatrisk lidelse og misbrug)**
Tæt samarbejde mellem psykiatrien, socialpsykiatrien, kommunale misbrugscentre og den praktiserende læge.
- **Patienter med misbrug**
- **Forløb for gravide og nyfødte**
Tæt samarbejde mellem den praktiserende læge, fødeafdeling og jordemoder samt den kommunale sundhedspleje.
- **Sårbare og udsatte borgere, der ikke kan tage vare på eget liv**
Behov for mere koordinering og styring af forløb. Patientgruppen kan ikke på samme vis som andre patientgrupper inddrages som partner, der tager ansvar i eget forløb.

Vi vil evaluere forløbsbeskrivelserne minimum 1 gang årligt

Hidtidige aftaler om varsler erstattes af de nye aftaler om forløbsbeskrivelser.

Med afsæt i forløbsbeskrivelserne åbnes der nye muligheder for, at de relevante samarbejdsfora kan følge op på kvaliteten af de forskellige forløb, bidrage til udvikling af nye forløb og afdække, hvor og hvornår der er behov for nye fælles udviklingstiltag, for eksempel fælles skolebænk på tværs af sektorerne.

Sikre tidlig opsporing og tidlig, rette indsats

Forløbsbeskrivelserne bidrager til at skabe overblik over det samlede forløb og skærper

dermed opmærksomhed på at sikre tidlig opsporing og tidlig rette indsats.

Forudsætningen for tidlig opsporing og indsats er, at borgerne er kendte, der hvor der er behov for, at de er kendte blandt relevante aktører. For at dette kan ske, er det vigtigt, at der er klarhed over kommunikationsvejene i de interne samarbejdsrelationer inden for de enkelte sektorer såvel som mellem sektorerne. Både i sygehus- og kommuneregion er der behov for at forbedre den interne kommunikation. Baggrunden for dette behov er dog forskellig fra sygehus til kommune. Der er derfor også behov for forskellige løsninger.

På sygehusene sker der en højere grad af specialisering og som konsekvens af dette er der behov for, at det sikres, at oplysninger udveksles mellem afdelinger og sygehuse, så patientforløbet planlægges hensigtsmæssigt på tværs af specialer. Dette behov imødekommes via Forløbsbeskrivelsen for flere samtidige forløb.

Kommunerne er kendetegnet ved forskellige myndighedsområder, blandt andet socialområdet, sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet, der ofte skal arbejde sammen om den samme borger. Der er derfor behov for at få tydeliggjort reglerne for kommunikation og udveksling af oplysninger om borgere på tværs af myndighedsområder. Reglerne beskriver, at der gerne må udveksles oplysninger, blot borgerens tilladelse er indhentet. Den kommunale enhed sikrer, at informationer, der er relevante for at skabe flow i borgerens forløb, deles med øvrige aktører også på tværs af forvaltningsområder, når det er relevant.

Den praktiserende læge er ofte første sundhedsfaglige kontakt i et forløb og som sådan ansvarlig for at sikre henvisning til og koordinering med rette aktører for at starte og sikre flow i borgerens forløb. Den praktiserende læge skal have mulighed for at sikre tidlig udredning og som en del af dette, adgang til blodprøvetagning og anden diagnostik mv.

Et eksempel herpå er projektet omhandlede shared care i psykiatrien. Her har Psykiatrien²³ indgået en aftale med udvalgte læger i almen praksis om – indtil videre i en 2-årig projektperiode – at styrke samarbejdet mellem Psykiatrien og almen praksis om patienter med en ikke-psykotisk lidelse, dvs. primært personer med depression, angst og visse funktionelle lidelser. Aftalen har som formål at øge behandlingskvaliteten ved, at regionalpsykiatrien bibringer den praktiserende læge viden og kompetencer inden for den nævnte patientkreds gennem undervisning, supervision og rådgivning.

For at sikre flow er det en forudsætning, at de enkelte aktører i forløbet er tilgængelige for samarbejdet. Dette gælder, når der er behov for kommunikation i borgerens forløb i forbindelse med, at opgaver og ansvar gives videre, såvel

som i sammenhænge, hvor aktører har behov for faglig sparring med aktør i anden sektor for at kunne løfte en opgave i samarbejdet.

Forudsætningen for tilgængelighed for kommunikation og kontakt i samarbejdet er, at der er en tydelig vej for kontakt og kommunikation.

Vi vil etablere og synliggøre ad hvilke kanaler praktiserende læger, kommunale medarbejdere og sygehuspersonale kontakter hinanden for faglig sparring

Vi vil indgå aftaler om, hvordan faglig sparring foregår

Vi vil undersøge mulighed for et udviklingsprojekt om tidlig udredning i almen praksis, herunder blodprøvetagning og andre undersøgelser, enten ved udkørende sygehuslaboratorier eller ved at praksis påtager sig opgaven

Et sammenhængende sundhedsvæsen 24-7

Forløbsbeskrivelserne tilpasses den enkelte patients situation. Det betyder, at vi i mødet med patienten forholder os til det samlede forløb og sikrer, at de rigtige aktører er samlet og bidrager fra start. En differentieret tilgang til, hvad der skal ske i forløbet, understøttes af en differentieret tilgang til, hvornår der skal kommunikeres i forløbet med henblik på at sikre flow og sammenhæng. En differentieret tilgang, der baseres på rettidighed og nødvendighed.

Nødvendigheden relaterer sig til patientens samlede situation, det vil sige sygdom, sociale faktorer mv., og må vurderes i forhold til det konkrete forløb. Nødvendighed kan handle om med hvilket tempo (rettidighed), der skal kommunikeres for at sikre handling i relation til

²³ Ved Afdeling for Specialfunktioner

patientens forløb for at undgå, at der opstår en kritisk situation. I tidligere sundhedsaftaler er kommunikationen beskrevet ens uanset forløb. Eksempelvis skal der for alle patienter udarbejdes en udskrivningsrapport samme dag som udskrivelsen og en epikrise inden for tre hverdage. I visse situationer vil der være behov for hurtigere kontakt, i andre situationer er udskrivningsrapport og epikrise mindre nødvendige, når der har været en løbende kommunikation via plejeforløbsplaner mv.

Rettidighed og nødvendighed kræver faglig stillingtagen i det enkelte forløb og erstatter tidligere aftaler om tidsfrister og varslingsbestemmelser. Herudover er kravene til nødvendig kommunikation tydelighed og præcision.

Nødvendighed har betydning for, hvordan samarbejdet skal konstrueres, og hvordan kommunikationen forløber. For at sikre rettidig og nødvendig kommunikation skal nødvendighed vurderes på baggrund af et fælles værktøj. Forudsætningen for udviklingen af et fælles værktøj er et stadigt arbejde med fælles begreber og forståelse af disse.

Vi vil udvikle fælles prioriteringsværktøj til vurdering af nødvendig kommunikation mellem aktørerne

Vi vil udvikle og anvende fælles værktøj til identifikation af behov for vurdering af borgernes funktionsniveau med udgangspunkt i nødvendighed

Vi vil evaluere og udvikle grundlaget for Den gode henvisning og Den gode epikrise som basis for kommunikation mellem sygehuslæge og praktiserende læge

Borgere med behov for ledsagelse

Den enkelte borger kan på et tidspunkt i sit liv komme i en situation, hvor han/hun ikke er i

stand til at tage vare på sig selv eller sin situation. Dette gælder både børn og voksne. For disse borgere kan skiftet fra hjem til indlæggelse eller anden behandling være et skift, der kan være vanskeligt at klare uden en ekstra hjælp. For disse sårbare grupper har det stor betydning, at der er tale om en hjælp, som borgeren kender og er tryk ved.

Der er indgået aftale om pædagogisk bistand fra botilbud under Servicelovens §108²⁴. Denne aftale udbygges i aftaleperioden, så den omfatter øvrige relevante områder. I alle tilfælde vil der være tale om en konkret vurdering af behovet for, at hjælp følger borgeren under indlæggelse eller til anden behandling.

For borgere, der klarer tilværelsen med hjælp fra en personlig hjælper (Servicelovens §96) aftales det, at hjælperen følger borgeren under indlæggelse eller til anden behandling. Denne aftale tilpasses i takt med, at området udvikles.

Medicinhåndtering

Intentionen om det sammenhængende sundhedsvæsen 24-7 understøttes af Det Fælles Medicinkort. Det Fælles Medicinkort sikrer, at borgeren og andre aktører til hver en tid har overblik over den rigtige medicin til den rigtige patient. Forudsætningen for, at dette kan ske, er, at alle læger anvender Det Fælles Medicinkort efter gældende aftaler, og at øvrige relevante aktører kender og anvender Det Fælles Medicinkort i deres daglige arbejde.

²⁴ Aftaleark findes i Værktøjskassen.

Vi vil udrulle Det Fælles Medicinkort i alle sektorer

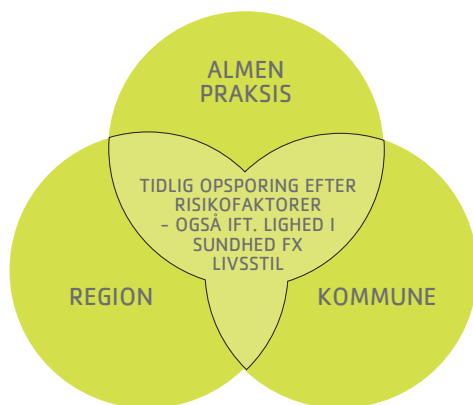
Vi vil uddanne alt relevant personale i anvendelse af Det Fælles Medicinkort

Vi vil benytte Det Fælles Medicinkort som værktøj i dialogen med borgeren om en medicin

2.3. Forebyggelse

Kommunerne, regionen og almen praksis er i fællesskab ansvarlige for den patientrettede forebyggelse. Denne aftale omhandler i særlig grad vores indsats for borgere under udredning eller med diagnosticeret sygdom og vores samarbejde om at skabe sammenhængende forløb. Det lyse område i figuren nedenfor viser feltet for aftalen.

Patientrettet forebyggelse sigter på at undgå, at borgerens sygdom udvikler sig yderligere og på at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Nøgleordet er tidlig indsats.



Alle borgere med behov herfor skal tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet, som sætter den enkelte borger i stand til bedst mulig at tage vare på sig selv. Borgerne skal opleve, at deres behov og motivation vurderes individuelt og under hensyntagen til deres livssituation og muligheder.

Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med indsatsområderne »Behandling og pleje« og »Genoptræning og rehabilitering« og derfor bidrage til at optimere det samlede forløb for borgeren. Rettidig kommunikation på tværs af sektorerne er som følge deraf et væsentligt element i forebyggelsesindsatsen – såvel som på andre områder. Indsatsen relaterer sig derfor til alle målene i sundhedsaftalens strategi: Mere sundhed til flere, Borgeren som partner, En borger - én plan og Et integreret og borger-nært sundhedsvæsen.

Det centrale for indsatsområdet er:

” VI TÆNKER FOREBYGGELSE I ETHVERT MØDE MED BORGEREN

Det betyder:

- At vi systematisk arbejder sundhedsfremmende og forebyggende i alle vores kontakter med borgere
- At vi med udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og muligheder tilbyder en kontinuerlig forebyggende indsats
- At vi aktivt inddrager borgeren og dennes nære relationer og omgivelser i vores indsats.

Fokus på særlige behov og vigtigheden af tidlig opsporing

Patientrettet forebyggelse omhandler således alle borgere i kontakt med os. Vi ved dog, at der er borgere med særlige behov, der er svære at nå med vores tilbud i dag. Nogle borgere har behov for et udvidet tilbud, andre et mere enkelt. Det afhænger blandt andet af borgerens evne til at mestre egen situation. For at øge lighed i sundhed og for at anvende vores ressourcer optimalt, skal vi derfor være ekstra opmærksomme på borgere med særlige behov. Vi skal også have særligt fokus på børn og unge, fordi en tidlig indsats er essentiel. Det er endvidere vigtigt at sikre en god overgang mellem barn og voksen, hvorfor gruppen 15 - 25 år også skal have et særligt fokus.

Børn og unge

- Børn og unge (0 - 18 år)
- Unge (15 -25 år)
 - med kronisk sygdom
 - med nyopstået psykiatrisk sygdom
 - i mistrivsel

Borgere med særlige behov

- Borgere omfattet af svangreomsorg
- Borgere med misbrug
- Borgere med psykisk sygdom og misbrug
- Borgere med psykiatriske diagnoser
- Borgere med anden etnisk oprindelse end dansk
- Socialt udsatte borgere
- Borgere med kronisk sygdom
- Borgere med multisygdom
- Borgere med nedsat funktionsevne
- Borgere der skal gennemgå operation
- Ældre, skrøbelige borgere

Vi vil udvikle og implementere fælles metoder til tidlig opsporing i forhold til målgrupperne

Vi vil udvikle og implementere fælles modeller for identifikation af borgere med særlige behov og sikre rette tilbud til rette borger

Vi vil udvikle og anvende et fælles screeningsværktøj til identificering af borgere i risiko for genindlæggelser samt fortsætte implementeringen af de igangsatte følgeordninger i hele regionen

Vi vil udbrede kendskabet til tilbuddet Tidlig Opsporing af Psykose²⁵ og udrulle Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum²⁶ i hele regionen

Vi vil udvikle vores samarbejde om selvmordsforebyggelse blandt børn og unge

Vi vil udbygge Helbredsprofilen til flere kronikergrupper, så flere af de borgere, som kan tage vare på egen situation, får et værktøj til håndtering af egen sygdom

Samarbejde og sammenhæng i forebyggelsesforløbene

Et forebyggelsesforløb kan starte flere steder.

I almen praksis starter et forebyggelsesforløb ved, at borgeren og den praktiserende læge afdækker et forebyggelsesbehov. Almen praksis foretager den indledende motiverende samtale og iværksætter en eventuel medicinsk forebyggende indsats. Ved yderligere behov henviser almen praksis borgeren til et kommunalt forebyggelsestilbud eller til sygehuset, hvis behovet er et specialiseret tilbud, herunder operation, Tidlig Opsporing af Psykose mv.

Når forløbet er afsluttet, enten ved at forebyggelsesaktiviteten er gennemført, eller borgeren er frafaldet, melder kommunen eller sygehuset tilbage til almen praksis. I enkelte forløb kan almen praksis have behov for statusmeldinger undervejs for eksempel i forbindelse med misbrugsbehandling. Almen praksis melder behovet ind i forbindelse med henvisningen til tilbuddet.

I kommunen kan et forebyggelsesforløb starte ved, at en borger henvender sig med ønske om at deltage i en forebyggelsesaktivitet, eller ved at kommunalt personale opsporer borgeren. Kommunen informerer og motiverer til en forebyggelsesindsats og visiterer hertil. Efter aftale med borgeren orienterer kommunen egen læge. Såfremt der er behov, motiverer kommunen borgeren til at opsøge egen læge, der sikrer det videre forløb jf. blandt andet forløbsprogrammerne.

På sygehuset starter et forebyggelsesforløb, når sygehuset sammen med borgeren afdæk-

²⁵ Tilbud til borgere mellem 15 og 25 år.

²⁶ Tilbud til borgere mellem 0 og 18 år i Holbæk.

ker et forebyggelsesbehov i forberedelsen af behandlingsforløbet. Sygehusets informerer, motiverer og henviser borgeren til deltagelse i et forebyggelsestilbud i hjemkommunen eller i et specialiseret tilbud på sygehuset. Ved akutte indlæggelser varetager sygehuset den forebyggende indsats under indlæggelsen.

Den danske kvalitetsmodel og de kliniske retningslinjer danner grundlaget for indsatserne på sygehuse og i almen praksis. Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker danner grundlaget for den kommunale indsats.

Vi udvikler vores tilbud gennem brugerdrevet innovation og med fokus på for eksempel alder og behov frem for lidelse, så vi også kan fastholde borgerne i de konkrete tilbud. Ligeledes samarbejder vi med patientforeninger, frivillige, private og andre offentlige aktører om udvikling og gennemførelse af vores tilbud. For at sikre sammenhæng i vores indsatser øger vi kendskabet til vores respektive tilbud på tværs af sektorerne gennem for eksempel Forebyggelsesnetværket, temaarrangementer, besøg hos hinanden, følordninger, fælles uddannelsesforløb mv.

Vi vil udvikle nye og revidere eksisterende forløbsprogrammer for at skabe yderligere sammenhæng i indsatsen for blandt andet de store kronikergrupper

Samarbejde om patientuddannelser

En væsentlig del af den patientrettede forebyggelsesindsats foregår som uddannelse af patienter og/eller pårørende, og i tæt relation til de fælles forløbsprogrammer (se links i Værktøjskassen) under sundhedsaftalen. Kommunerne og regionen sikrer sammen en høj kvalitet i patientuddannelserne (se Værktøjskassen).

Kommunernes rolle og ansvar

Patientuddannelser udbydes som hovedregel af kommunerne. Den enkelte kommune har ansvaret for at opfylde de fastlagte fælles rammer,

herunder beskrivelserne om indhold og opbygning af den enkelte uddannelse.

Patientuddannelserne baseres på Principperne for en sundhedspædagogik i Region Sjælland. Underviserne på patientuddannelserne har derfor kompetencer inden for sundhedspædagogik. Hvis en kommune ikke selv har undervisere med tilstrækkelige faglige kompetencer, indgår kommunen aftale med undervisere fra en anden kommune, regionen, praktiserende læger, apoteker, selvstændige konsulenter mv.

En kommune tilbyder som minimum de fælles aftalte patientuddannelser. Såfremt en kommune ikke kan tilbyde en obligatorisk patientuddannelse, skal kommunen indgå en aftale med en nabokommune om optag af borgere på dennes patientuddannelser.

Hver kommune sikrer endvidere opdateret information på sundhed.dk til borgere og samarbejdspartnere om den enkelte patientuddannelses lokale udformning og forhold.

Kommunerne indleverer evalueringsresultaterne til den fælles database, så det er muligt at vurdere, hvorvidt standarderne for den fælles patientuddannelse efterleves.

Den enkelte kommune kan justere, videreudvikle og afprøve patientuddannelser, under forudsætning af at disse også evalueres og indrapporteres til den fælles database.

Regionens rolle og ansvar

Regionen udbyder løbende kurser i sundhedspædagogik, der honorerer kommunernes behov for uddannelse af undervisere.

Regionen sikrer udvikling af en fælles database og en systematisk indsamling af data, så det er muligt at evaluere og vurdere effekterne af de tilbudte patientuddannelser med henblik på kvalitetssikring. Regionens rolle er i den forbindelse vidensspredning af resultaterne samt deling af fælles og lokalt udarbejdet materiale om uddannelserne.

Er der i de aftalte patientuddannelser fastsat krav om, at særlige faggrupper skal varetage

en given undervisning, stiller regionen disse til rådighed (se også afsnittet om regionens rådgivningsforpligtelse). Regionen sikrer, at disse undervisere har kompetencer inden for sundhedspædagogik. Regionen sikrer samtidig en fælles, tilgængelig oversigt over undervisere fra regionen og kommunerne.

VI VIL ETABLERE ENSARTEDE PATIENTUDDANNELSER BASERET PÅ EVIDENS OG BEST PRACTICE I ALLE KOMMUNER I REGIONEN

VI VIL ETABLERE EN FÆLLES DATABASE TIL SAMLING AF VIDEN OM KVALITET OG EFFEKT AF DE TILBUDTE PATIENTUDDANNELSER

VI VIL SIKRE ET KOMPETENT OG SYNLIGT KORPS AF UNDERVISERE PÅ PATIENTUDDANNELSERNE I ALLE DELE AF REGIONEN

VI VIL UDVIKLE OG IMPLEMENTERE FÆLLES PATIENTUDDANNELSER OM ALLE STØRRE FOLKESYGDOMME

Rådgivningsforpligtelse

Regionen yder rådgivning til kommuner og praktiserende læger i forbindelse med forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. Rådgivningen skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser.

Regionen skal:

- rådgive omkring tværgående opgaver inden for både den patientrettede og borgerrettede forebyggelse, herunder særligt på det infektionshygiejniske område
- sikre kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelse i almen praksis og på sygehusene
- tilvejebringe et overordnet planlægningsgrundlag for den kommunale og regionale forebyggelsesindsats
- bidrage til videndeling og generering af ny viden inden for forskning i folkesygdomme

Regionen stiller specialistviden og ekspertbistand til rådighed efter konkret henvendelse og aftale. Regionens sikrer grundlaget for fælles monitorering, forskning og udviklingsindsatser ved at opsamle erfaringer, best practices og evidens samt facilitering af projekter og netværk. Regionens sikrer i den forbindelse grundlaget for fælles vidensspredning blandt gennem workshops, seminarer og temadage samt digitale medier og andet informationsmateriale.

Vi vil gennemføre sundhedsprofiler hvert 4. år og på denne måde skabe et fælles grundlag for opfølgning på udviklingen i borgernes sundhedstilstand

Kommunikation er kittet i samarbejdet

Vi arbejder ud fra én fælles og digitalt understøttet tilgang til kommunikation. Vi anvender sundhed.dk som informationsportal for vores tilbud, og vi anvender MedCom standarder som basis for vores digitale kommunikation på tværs af sektorerne.

Vi vil implementere MedCom standarden for henvisninger fra almen praksis og sygehuse til kommunernes tilbud efter Sundhedslovens § 119 og standarden for epikriser til statusmelding fra kommune til almen praksis

²⁷ En specialiseret enhed indenfor behandling af MRSA (Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus - på dansk betyder det methicillinresistente stafylokokker).

Vi vil etablere en ensartet praksis for regionens rådgivningsydelser på tværs af hele den regionale virksomhed

Vi vil udvikle hygiejneområdet med udgangspunkt i den etablerede MRSA-enhed²⁷ og i takt med viden og erfaringer på området tilegnes



MÅLET ER AT OPNÅ ENDNU MERE
KVALITET I SAMARBEJDET, MED BRUG
AF FÆRREST MULIGE RESSOURCER

3. UDVIKLINGSPROJEKTER – SPILLEREGLER

Med afsæt i ønsket om både at konsolidere og udvikle vores samarbejde vil vi sikre størst muligt udbytte af de initiativer, der igangsættes i aftaleperioden, for at realisere aftalens vision og strategi for forbedring.

Konsolidering betyder, at vi i alle faser – før, under og efter afslutningen af et projekt – sikrer sammenhæng mellem udviklingsinitiativer, let adgang til deling af viden og størst mulig spredning af gode erfaringer i daglig drift. Projekter skal igangsættes på et velbelyst beslutningsgrundlag, og gode positive resultater skal kunne omsættes til ny god praksis. Målet er at opnå endnu mere kvalitet i samarbejdet, med brug af færrest mulige ressourcer.

Der vil være behov for både at udbrede velafprøvede løsninger med god evidens og for at betræde nye stier for at udforske rammerne for vores samarbejde, evt. i form af pilotafprøvninger i mindre skala eller som forskningsprojekter.

Fra vision til projekt

Der identificeres årligt få prioriterede fokusområder, som understøtter sundhedsaftalens vision og mål. Fokusområderne udbydes med henblik på indhentning af konkrete projektforslag. De enkelte projekter besluttet igangsat på baggrund af en Business Case²⁸.

Projekterne kan have til formål at implementere veldokumenterede løsninger, men projekterne kan også have til formål at afprøve nye løsninger eller at afprøve kendte teknologier i nye sammenhænge og dermed have mere innovativ karakter. Projektforslag vil ligeledes blive udarbejdet og vurderet med afsæt i nationale og internationale erfaringer, og mulighederne

for at indgå i tværgående og europæiske partnerskaber skal fremmes.

Endelig skal projektansøgninger beskrive, hvordan projektet kan overgå til drift.

Økonomi

Projekter kan være finansieret ved forskellige modeller. Regionen og kommunerne kan medvirke i sådanne samarbejder med anvendelse af personaleressourcer, ved medfinansiering eller ved samfinansiering. Desuden skal der arbejdes på at sikre medfinansiering via EU's sundhedsprogrammer.

Styring og opfølgning

Alle tværsektorielle projekter er forankret på TSS/TSP/TSB-niveau²⁹ og monitoreres undervejs i projektperioden. Sundhedsaftalens beslutningsfora holdes løbende orienteret om status på fremdrift i projekter. Én gang årligt tages stilling til, hvilke resultater der skal føre til ny, fælles praksis.

Formidling og kommunikation

På Sundhedsaftalens hjemmeside (www.regionsjælland.dk/sundhedsaftalen) samles informationer om gennemførte og igangværende, tværsektorielle udviklingsindsatser. Alle afsluttede projekter udfylder læringsnote³⁰, hvor spredningspotentialer er beskrevet. Udviklings- og samarbejdsorganisationen informeres løbende om udviklingsinitiativer.

²⁸ Skabelon findes i værktøjskassen.

²⁹ Se afsnit om organisering af samarbejdet.

³⁰ Skabelon i værktøjskassen..

*Vi vil aftale udviklingsplaner for
aftaleperioden for 2015/2016 og for
2017/2018*

” VI ER I LØBENDE OG
KONSTRUKTIV DIALOG OM AT
UDVIKLE VORES SAMARBEJDE

4. ORGANISERING AF SAMARBEJDET

Sundhedsaftalens organisation skal sikre en tæt kobling mellem visioner, konkrete aftaler, implementering og opfølgning, fra det politiske og administrative beslutningsniveau til lokale samarbejdsfora.

Organisationen understøtter og afspejler værdier, målsætninger og prioriteter i aftalen. Den etableres med udgangspunkt i de opgaver, den skal varetage, det konkrete behov for samarbejde og tilstedeværelsen af de rette kompetencer til at løse opgaverne.

Vi skal skabe dynamik mellem det overordnede sundhedssamarbejde og de øvrige dele af organisationen, sammenhæng mellem somatik og psykiatri, og sikre ledelseskraft såvel som repræsentation af relevante parter inden for aftalens fokusområder – herunder parter der rækker ud over sundhedsområdet.

Organiseringen afspejler ønsket om at skabe rum for udvikling og innovation og om at involvere borgerne i udviklingen af det fælles sundhedsvæsen.

Alle grupper har entydig reference til næste, relevante niveau³¹.

Regionen, kommunerne og almen praksis deltager i alle samarbejdsorganisationens fora.

Kommunikation på tværs

- Der tilstræbes størst muligt personsammenfald i de forskellige fora, på de forskellige niveauer
- Alle fora kan sende spørgsmål af principiel eller konkret karakter til relevante parter i organisationen
- Alle fora tager på hvert møde stilling til perspektiver for videndeling, og hvem det kan have relevans for
- Alle mødeplaner, dagsordener, referater og deltagerlister er tilgængelige for alle og holdes opdateret på fælles extranet for sundhedsaftalen

Beskrivelse af fora, opgaver og deltagerkreds

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU)

Sundhedskoordinationsudvalget er det politiske forum for det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Kommissorium er fastlagt i Sundhedsloven, bekendtgørelse og tilhørende vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Styregruppe for sundhedssamarbejde (SAM)³²

Styregruppen for sundhedssamarbejde (SAM) varetager den overordnede styring og koordinering på administrativt niveau. Styregruppen behandler sager af overordnet strategisk betydning for samarbejdet – af økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig karakter. Styregruppen har ansvaret for at bringe sager i Sundhedskoordinationsudvalget.

SAM mødes 6-8 gange årligt og består af 8 medlemmer fra hhv. region og kommuner samt tre medlemmer fra almen praksis. SAM vælger en fælles ledelse – en fra regionen og en fra kommunesiden – blandt sine medlemmer, som sammen udgør styregruppens forretningsudvalg. Hvert medlem i SAM har en tovholderfunktion på et samarbejdsområde.

Styregruppen kan oprette og nedlægge arbejdsgrupper og kan beslutte at justere samarbejdsorganisationen. Større ændringer forelægges Sundhedskoordinationsudvalget.

Sekretariatsfunktionen varetages af region og kommuner i fællesskab.

Samarbejdsfora

Tværsektorielt Samarbejdsforum for somatik (TSS) og psykiatri (TSP) og for børneområdet (TSB)

I TSS og TSP er alle kommuner, sygehuse og almen praksis repræsenteret. Det giver særlige muligheder for regional koordinering, implementering og videnspredning.

I TSB er kommuner og sygehuse og almen praksis repræsenteret. TSS, TSP og TSB har følgende hovedopgaver³³:

- Identificere og tematisere særlige problemstillinger i samarbejdet, herunder mellem somatik og psykiatri og i forhold til særlige målgrupper
- Drøfte opgaveoverdragelse og konsekvenser heraf
- Sikre implementering af Sundhedsaftalen
- Bidrage med input til strategiske drøftelser i SAM
- Understøtte videndeling og -spredning af resultater, samarbejdsmodeller, kompetenceudvikling mm.
- Udarbejde forslag til fælles udviklingsindsatser

TSS, TSP og TSB holder 2-4 årlige temamøder. Der planlægges desuden 1-2 årlige fælles temamøder mellem TSS og TSP for at sikre sammenhæng i relevante snitflader mellem somatik og psykiatri.

Både TSS, TSP og TSB udpeger en regional formand og en kommunal næstformand blandt sine medlemmer.

³¹ Grupper inden for for eksempel psykiatri har reference til TSP; grupper med tværgående indhold – som for eksempel patientsikkerhed – refererer til Styregruppen for sundhedssamarbejde.

³² Svarende til den tidligere Administrative Styregruppe

³³ Der udarbejdes kommissorier for alle fora. Indgår i Værktøjskassen

Deltagerkredsen er på ledelsesniveau:

- TSS: 4 regionale, 17 kommunale og 2-3 repræsentanter fra almen praksis.
- TSP: 5-7 regionale, 17 kommunale og 2-3 repræsentanter fra almen praksis
- TSB: 5 regionale, 5 kommunale og 1 repræsentant fra almen praksis.

Det skal sikres, at relevante parter – herunder beskæftigelsesområdet – er repræsenteret.

Sekretariatsfunktion:

TSS: Varetages af regionen

TSP: Varetages af region og kommunesiden i fællesskab

TSB: Varetages af regionen

Kommunale Samarbejdsfora for Somatic (KSS), Psykiatri (KSP Voksne) samt på børneområdet KSS B&U og KSP B&U³⁴

Deltagerkredsen er på ledelsesniveau. Der sikres en dialog med repræsentanter for brugere og pårørende.

Der nedsættes Kommunale Samarbejdsfora B&U i tilknytning til de fire somatiske sygehuse.

De lokale samarbejdsfora har følgende opgaver:

- Sikre lokal implementering af aftalen, herunder samarbejdet om:
 - Borgerforløb
 - Patientsikkerhed
 - Forløbsprogrammer
 - IT, kommunikation og tilgængelighed
- Drøfte og søge løsninger på problemstillinger i det løbende samarbejde
- Opfølgning på kvalitetsudvikling, herunder gennemførelse af årlige, tværsektorielle audits
- Organisering af lokal tværsektoriel kompetenceudvikling
- Indgå i tværsektorielle projekter
- Opfølgning på kapacitet og ændringer i opgaveløsning, herunder drøftelse af konsekvenser for samarbejdsparter
- Indgåelse af lokale aftaler om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (omfatter et sygehus, samarbejdende kommuner og praktiserende læger)
- Udviklingsinitiativer, herunder spredning og implementering

KSS'er og KSP'er mødes 3 gange årligt og samles til et fælles seminar ultimo året, organiseret af Regionshuset og KKR's sekretariat.

KSS'er og KSP'er udpeger en regional formand og en kommunal næstformand. Sekretariatsfunktionen varetages af regionen.

Udviklings- og arbejdsgrupper

Udviklingsgrupper

Der nedsættes tre faste udviklingsgrupper:³⁵

- Sundheds-it og digitale arbejds-gange³⁶ (USDA)
- Økonomi og kvalitet, herunder sundhedsdata³⁷ (ØSDA)
- Behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering (BOP)

³⁴ Svarende til de tidligere 4 KSS'er og 4 KSP'er.

³⁵ Kommissorier i værktøjskassen.

³⁶ USDA i sin nuværende form.

³⁷ Gruppens suppleres med kompetencer inden for kvalitetsområdet og nyt kommissorium.

Grupperne har reference til Styregruppen for sundhedssamarbejde. Udviklingsgrupperne udarbejder 1-årige handleplaner og afrapporterer³⁸. Gruppernes formandskaber mødes én gang årligt med Styregruppen for at gøre status for arbejde og drøfte udviklingspotentiale i gruppernes arbejde.

Udviklingsgrupperne har følgende opgaver:

- Følge området i sundhedsaftalen, herunder understøtte realisering af implementerings- og handleplanen for aftalen
- Bidrage med input til Styregruppens strategiske drøftelser om udvikling af området

Hver gruppe består af 4-5 regionale, 4-5 kommunale og 1-2 medlemmer fra almen praksis. Grupperne har delt formandskab og organiserer selv deres arbejde. Regionen varetager sekretariatsfunktionen.

Afklaringsudvalg

Der nedsættes faste afklaringsudvalg:

- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Afklaringsudvalgene har reference til Styregruppen for sundhedssamarbejde. Afklaringsudvalgene har til opgave at:

- Rådgive om fortolkning af aftalen, som skal sikre, at eventuel tvivl om fortolkning af aftalens indhold ikke går ud over borgeren. Rådgivningen sker med udgangspunkt i relevant lovgivning. Beslutninger træffes hurtigt og i enighed. Ved uenighed kan udvalget bede SAM behandle sagen. Udvalgets sekretær varetager sagsbehandlingen. Vedligehold af katalog over udvalgenes beslutninger varetages af Regionshuset. De trufne beslutninger skal følges.

Hvert afklaringsudvalg består af en regional og en kommunal repræsentant, der på baggrund af

tæt dialog træffer beslutninger om fortolkning af sundhedsaftalen. Afklaringsudvalgene kan rådføre sig med udviklingsgruppen for Behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering og USDA for faglig sparring og orienterer udviklingsgrupperne om de trufne beslutninger.

Arbejdsgrupper

Der nedsættes arbejdsgrupper³⁹ med specifikke opgaver med udgangspunkt i implementeringsplanen. Der nedsættes som udgangspunkt følgende:

- Forebyggelse
- Kvalitetsgruppe i regi af Handleplan for Den Ældre Medicinske Patient⁴⁰
- Kompetencer og relationer

Arbejdsgrupper har reference til SAM. Den enkelte arbejdsgruppe har konkret reference til et medlem af SAM med tovholderfunktion på området. Grupperne har delt formandskab og organiserer selv deres arbejde.

Repræsentanter for brugere inddrages i arbejdsgruppernes arbejde.

Tværasektorielle grupper⁴¹

- Tværasektoriel demensstyregruppe
- Tværasektoriel patientsikkerhedsgruppe
- Tværasektoriel palliationsgruppe
- Den koordinerende enhed for patientuddannelser

Grupperne har reference til Styregruppen for Sundhedssamarbejde.

Desuden findes

- Erfamøder for frontpersonale
- Netværk (Sundhedsfremme og forebyggelse)

En grafisk fremstilling af udviklings- og samarbejdsorganisationen findes i Værktøjskassen.

³⁸ Skabeloner findes i værktøjskassen.

³⁹ Opdateret oversigt over arbejdsgrupper med tilhørende kommissorier findes i Værktøjskassen.

⁴⁰ Gruppen er nedsat.

⁴¹ Kommissorier i Værktøjskassen.

”

VORES SAMARBEJDE
SKAL VÆRE TIL GAVN
FOR BORGEREN

SUNDHEDSKOORDINATIONS- UDVALGETS ARBEJDE SKAL UNDERSTØTTE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

5. IMPLEMENTERING

Aftalen betyder ændringer i måden, vi samarbejder om borgeren på. Det er derfor vigtigt med en implementerings- og handleplan, der kan bidrage til at skabe ejerskab og sikre en høj grad af implementering i den daglige hverdag blandt ansatte i kommuner, på sygehuse og i almen praksis.

Planen har fokus på klare mål, målrettet formidling og tilgængelighed til information. Planen indeholder følgende elementer:

- Mål og indikatorer
- Målgrupper
- Kommunikation
- Indhold og aktiviteter
- Ressourcer
- Tidsplan

Implementerings- og handleplanen er dynamisk og indgår i Værktøjskassen. Planen opdateres løbende.

6. SUNDHEDSAFTALEN

– HVAD, HVEM OG HVORFOR?

Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og de 17 kommunalbestyrelser for perioden 2015-2018. I aftalen fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet om de fælles borgere og deres forløb i sundhedsvæsenet. Den politiske vision udmøntes i konkrete aftaler og værktøjer i samarbejdet.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud, mellem praksissektor og kommunale tilbud og mellem sygehuse og praksissektor, herunder særligt almen praksis.

Sundhedsaftalen omfatter både borgere med somatiske og psykiske sygdomme.

Rammerne for sundhedsaftalen er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Organisationen binder samarbejdet sammen. Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde skal understøtte sammenhængende patientforløb, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Udvalget består af repræsentanter fra Regionsrådet, kommunalbestyrelserne samt Praktiserende Lægers Organisation i Region Sjælland.

En samarbejdsorganisation skal sikre ledelsesforankring, udvikling og implementering af aftalens indhold.

I henhold til sundhedsloven etableres praksisplanudvalg for almen praksis i hver region. Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget.

I henhold til Sundhedsloven nedsættes der i hver region et patientinddragelsesudvalg.

Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget inddrager systematisk Patientinddragelsesudvalget i arbejdet.

Snitflader til sundhedsplaner og -politikker

Sundhedskoordinationsudvalget vurderer løbende udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, psykiatriplaner og praksisplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Sundhedskoordinationsudvalget involveres i den formulerende fase, når den samlede sundhedsplan for Region Sjælland udarbejdes. Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik.

Almen praksis som vigtig part i samarbejdet

Praksisplanen vedrørende almen praksis er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og indeholder overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Der er en tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen er redskabet til at sikre implementering af sundhedsaftalen i almen praksis.

Almen praksis er i henhold til Sundhedsloven forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen. Opgaver i sundhedsaftalen som ikke er aftalt i den centrale overenskomst, skal beskrives i praksisplanen og følges op af underliggende aftaler.

Almen praksis er en vigtig aktør i forbindelse med både udarbejdelsen og implementeringen af aftalen.

Private sygehuse og andre private leverandører mv.

Når regionen eller en eller flere kommuner indgår aftale med en privat aktør, har vi en forpligtelse til at sikre, at den private aktør lever op til sundhedsaftalen efter gældende aftaler.

Til gavn for borgerne og til brug i sundhedsvæsenet

Vores samarbejde skal være til gavn for borgeren, men sundhedsaftalen er ikke skrevet til

borgeren som læser. Aftalens primære målgrupper er beslutningstagere og medarbejdere i sundhedsvæsenet, som skal gøre en forskel for borgeren.

Ikrafttræden, evaluering og revision

Sundhedsaftalen 2015-2018 træder i kraft pr. 1. januar 2015. Sundhedsaftalen 2010-2014 bortfalder med den nye aftales ikrafttræden.

Der laves årlig opfølgning ift. aftalens mål og pejlemærker⁴², som behandles både på beslutningsniveau og i udviklings- og samarbejdsfora⁴³. På baggrund af opfølgningen tages stilling til behov for revision af sundhedsaftalen eller dele af den.

7. LÆSEVEJLEDNING

Aftalen består af forskellige dele, der tilsammen skal sikre lederskab, prioritering af indsatser og den konkrete implementering af aftalen. Hele aftalen skal ses i en sammenhæng, fra den overordnede politiske vision til det helt konkrete værktøj i det daglige samarbejde.

Kapitlerne Vision og Politiske mål og strategi beskriver vores ønsker for, hvad der skal kendetegne det fælles sundhedsvæsen, og hvordan vi skal nå derhen i løbet af aftaleperioden.

I vores samarbejde og i vores møde med borgeren skal der gælde nogle helt overordnede principper og tilgange. Borgerens forløb skal være i centrum for vores samarbejde. Vi skal se borgeren som et helt menneske, og vi skal sikre, at ansvaret for et forløb altid er placeret.

De efterfølgende kapitler udgør den administrative udmøntning af den politiske del af sundhedsaftalen.

Tværgående temaer

Kvalitets- og kompetenceudvikling, økonomi og kommunikation, herunder sundheds-it un-

derstøtter og bidrager til at udvikle samarbejdet i aftaleperioden.

Obligatoriske indsatsområder

Her beskriver vi de konkrete aftaler, indsatser og metoder i samarbejdet, som er relevante i forhold til bestemte dele af borgerens forløb gennem sundhedsvæsenet: genoptræning og rehabilitering, behandling og pleje samt forebyggelse, herunder også indsatser i forhold til særlige målgrupper.

Værktøjskassen

Indholdet i værktøjskassen understøtter og supplerer den øvrige del af aftalen. Den rummer en række dokumenter, som har samme forpligtende karakter som den øvrige del af aftalen. Det kan være forløbsbeskrivelser og -programmer, snitfladekataloger osv. Værktøjskassen er inddelt efter temaer, som der henvises til i aftaledelen.

⁴² Se afsnit om Mål og opfølgning i Værktøjskassen

⁴³ Se afsnit om organisering af samarbejdet i Værktøjskassen

8. VÆRKTØJSKASSEN

Sundhedsaftalens værktøjskasse indeholder værktøjer, der er nødvendige og relevante for at understøtte samarbejdet. Værktøjskassen er dynamisk. Det vil sige, at når nye behov for værktøjer opstår, eller forhold ændrer sig, og værktøjer skal tilpasses, så sker det løbende. Værktøjerne udvikles i fællesskab. Styregruppen for sundhedssamarbejdet godkender ændringer i værktøjskassen.

Værktøjskassen er tilgængelig på www.regionsjaelland.dk/sundhedsaftalen

Indholdet er samlet under følgende overskrifter:

Sundhedsaftalen – hvad, hvem og hvorfor?

1. Tværgående temaer
 - 1.1. Kvalitet og læring
 - 1.2. Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser
 - 1.3. Forskning
 - 1.4. Kompetencer og relationer
 - 1.5. Økonomi og kapacitet
 - 1.5.1. Opgaveoverdragelse og delegation
 - 1.6. Sundheds-it og digitale arbejdsgange
2. Obligatoriske indsatsområder
 - 2.1. Genoptræning og rehabilitering
 - 2.1.1. Hjælpe midler og behandlingsredskaber
 - 2.1.2. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft
 - 2.2. Behandling og pleje
 - 2.2.2. Borgerens Plan
 - 2.2.3. Forløbsbeskrivelser
 - 2.3. Forebyggelse
 - 2.3.1. Samarbejde om patientuddannelser
 - 2.3.2. Forløbsprogrammer

3. Udviklingsprojekter
 - 3.1. Udviklingsprojekter under den tværsektorielle pulje – sådan!
4. Organisering af samarbejdet
 - 4.1. Samarbejdsfora
 - 4.2. Udviklings- og arbejdsgrupper
 - 4.3. Tværsektorielle grupper
5. Implementering af sundhedsaftalen
 - 5.1. Implementerings- og handleplan for Sundhedsaftalen 2015-2018
 - 5.2. Materialer til implementering af aftalen
 - 5.3. Pixi-udgaver

Sundhedsaftale

2015-18

Fælles om bedre
sundhed