



December 2015

Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Sundhedskoordinationsudvalget

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Aftalen skal dække et bredt og komplekst felt. Fra det helt overordnede og fremadrettede: hvad vil parterne forpligte sig til at arbejde hen imod over en fireårs periode? Til det helt konkrete her og nu: hvem gør hvad hvornår i situationen, hvor en patient skal udskrives fra sygehuset til sit eget hjem?

Med et så stort og måske også vanskeligt tilgængeligt emneområde kan en kort introduktion til, hvordan sundhedsaftalen er bygget op – og dermed også hvordan den kan læses – være relevant.

Nærværende sundhedsaftale begynder med det mest overordnede og ender med det mest konkrete. Aftalen rummer tre dele:

- Den politiske del
- Den administrative del
- Bilagsdelen

Den politiske del af sundhedsaftalen er kapitlerne 1-4. Her formuleres en vision for, hvor det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet skal være ved aftaleperiodens udløb. Det sker gennem fastlæggelsen af tre hovedmål og tre principper for, hvordan parterne vil arbejde sammen om at nå målene. I forlængelse heraf opstiller visionen konkrete målsætninger, som skal bruges til at følge op på, om hovedmålene nås.

Sidste kapitel i sundhedsaftalens politiske del er udviklingsaftalen, der omhandler en række initiativer i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, hvor parterne nok er enige om målene, men ønsker at arbejde frem mod dem med forskellige midler og/eller i forskellig takt.

Den administrative del af sundhedsaftalen er kapitlerne 5-10. Her fastlægges rammen for arbejdet med at realisere den politisk formulerede vision. Med andre ord: hvilke midler skal tages i brug for at nå målene?

Den administrative del indledes med et kapitel, der beskriver de formelle rammer for sundhedsaftalen, bl.a. en redegørelse for den politiske organisering.

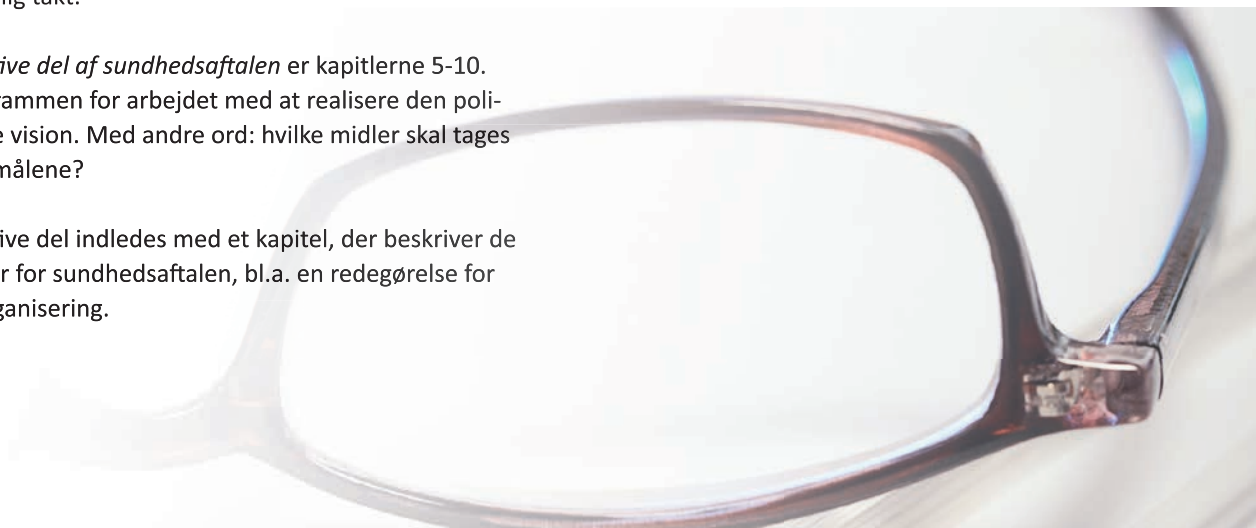
Sundhedsaftalens administrative del omhandler tre forskellige former for redskaber:

- Indsatser, værktøjer og metoder, der som udgangspunkt er relevante i forhold til alle slags borgerkontakt med sundhedsvæsenet – de kan eksempelvis vedrøre kvalitet, økonomi og it
- Indsatser, værktøjer og metoder, som er relevante i forhold til bestemte dele af patienters forløb gennem sundhedsvæsenet: forebyggelse, behandling og pleje eller genoptræning og rehabilitering
- Indsatser, værktøjer og metoder, som relevante i forhold til specifikke målgrupper, eksempelvis ældre patienter, mennesker med en sindslidelse og samtidigt misbrug eller børn og unge

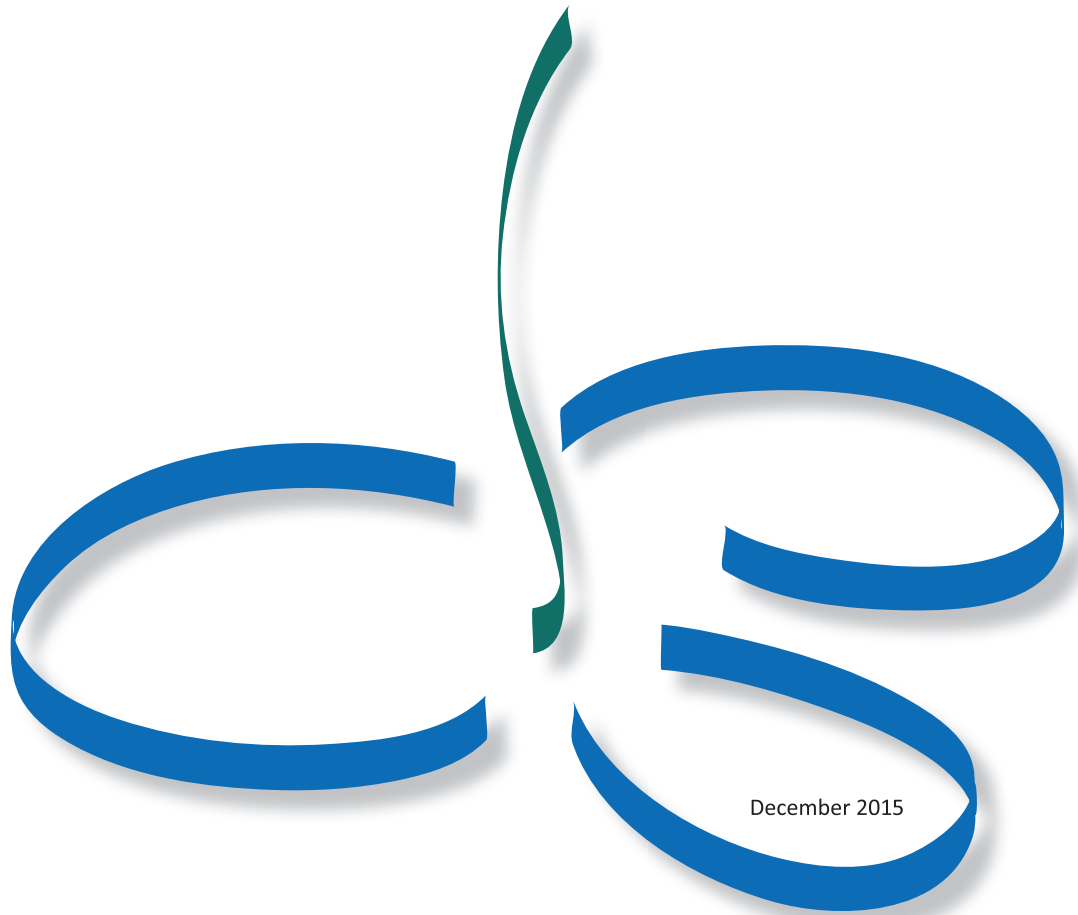
Bilagsdelen rummer en række dokumenter, som kan være vejledende og handlingsanvisende for den enkelte ansatte i sundhedsvæsenet i dennes møde med borgeren. Der kan være tale om specifikke samarbejdsaftaler, patientforløbsprogrammer, snitfladekataloger, casekataloger m.v., som kan være allerede eksisterende eller som vil blive udarbejdet i denne sundhedsaftaleperiode. Bilagene er en del af sundhedsaftalen og har samme forpligtende karakter som sundhedsaftalen. Under hvert afsnit i den administrative aftale er der henvist til de relevante bilag. Desuden vil der i kapitel 10 være en samlet oversigt.

Bilagsdelen er således med til at understrege sundhedsaftalens karakter af at være et opslagsværk, hvis enkelte dele næppe er lige relevante for alle potentielle læsere.

Ambitionen for arbejdet med sundhedsaftalen har derfor heller ikke været at udforme en aftale, der nødvendigvis skal læses i sin helhed for at kunne forstås. Ønsket har snarere været at udforme aftalen, så det er nemt for læseren at finde de dele, der er relevante for den pågældendes formål.



Læsevejledning til sundhedsaftalen 2015-2018	2
DEN POLITISKE DEL	
1. Vision	5
1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren	6
1.2 Sundhed for alle	6
1.3 Sundhed med sammenhæng	7
2. Udgangspunkt	9
2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing	9
2.2 Rehabilitering som tilgang og metode	9
2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse	9
2.4 Fastholdelse i job og uddannelse	10
2.5 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet	10
2.6 Tættere samarbejde med almen praksis	11
3. Mål	12
4. Udvikling	14
4.1 Formål	14
4.2 Strategiske udviklingsindsatser	14
DEN ADMINISTRATIVE DEL	
5. Ramme	17
5.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering	18
6. Tværgående temaer	20
6.1 Kvalitet på tværs af sektorer	20
6.2 Økonomi, aktivitet og koordinering	21
6.3 Velfærdsteknologi og telemedicin	23
7. Obligatoriske indsatsområder	26
7.1 Forebyggelse	26
7.2 Behandling og pleje	28
7.3 Genoptræning og rehabilitering	29
8. Aftaler om specifikke målgrupper	32
8.1 Gravide og nyfødte	32
8.2 Børn og unge	32
8.3 Mennesker med senhjerneskade	32
8.4 Mennesker med kronisk sygdom	33
8.5 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser	33
8.6 Mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	34
8.7 Mennesker med demens	34
8.8 Den ældre medicinske patient	34
8.9 Mennesker med behov for kræftrehabilitering og palliation	35
9. Implementering	36
9.1 Organisering af samarbejdet	36
9.2 Implementeringsplan	40
9.3 Den løbende opfølgning	41
10. Bilagsoversigt	42



December 2015

Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Sundhedskoordinationsudvalget

1. Vision



Sundhedssamarbejdets værdier

Sundhedsaftalen er rammen om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter fælles mål, som vi arbejder os frem imod og følger systematisk op på. Vores samarbejde hviler på et værdifællesskab, hvor åbenhed, dialog og tillid er de bærende værdier.

Åbenhed betyder, at vi er parate til at give borgerne, borgernes netværk og hinanden indsigt i, hvordan vi hver især bidrager til at løse opgaverne på sundhedsområdet – ligesom vi gerne udvikler og afprøver nye måder at arbejde sammen på, som går på tværs af grænserne mellem forskellige sektorer.

Dialog betyder, at vi kommunikerer med borgerne og hinanden, både om det overordnede – hvordan vi hver især planlægger og tilrettelægger vores indsats – og om det konkrete – det enkelte borgerforløb.

Tillid betyder, at vi har tiltro til borgerens ønske om at være en konstruktiv og aktiv medspiller med ressourcer, ønsker og holdninger – og til kollegers faglighed og ansvarlighed.

Ud fra de fælles værdier er vi i Syddanmark kommet langt med samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer. Vi har nået mange gode resultater i fællesskab.

Udfordringer i de kommende år

Med visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 sætter vi retningen for, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, fordi vi i disse år skal håndtere flere store udfordringer sammen:

- Vi får stadig flere ældre medborgere – og stadig flere borgere med kronisk sygdom
- Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig mere behandling til flere
- Borgerne ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige dagligdag – før, under og efter deres egen eller pårørendes behandling
- Det økonomiske råderum er stærkt begrænset – også for sundhedsvæsenet
- Vi får stadig flere psykisk sårbare

Sundhedsaftalens tre hovedmål

Sundhedskoordinationsudvalget har udformet en vision med tre hovedmål:

Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

Vi skal møde borgeren som en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt, når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.

Sundhed for alle

Særligt udsatte grupper skal have særlige indsatser. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.

Sundhed med sammenhæng

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset den enkelte borger/patient på rette tid og sted. Vi skal tænke helhedsorienteret – også i forhold til sammenhængen mellem sundhedsvæsenet, arbejdsmarkedet, de sociale tilbud, uddannelsessystemet m.v.

Under hvert hovedmål opstiller vi nogle overordnede mål, som vi omsætter til konkrete succeskriterier, der udtrykker, hvad det er, vi vil måles på. Hvor skal vi være senest ved udgangen af 2018?

Sundhedsaftalens tre principper

Men sundhedsaftalen skal ikke alene fastlægge målene. Den skal afklare, hvordan vi vil arbejde sammen om at nå dem. Her vil vi tage udgangspunkt i tre principper ud fra nøgleordene prioritering, rehabilitering og velfærdsteknologi:

- Vi vil prioritere vores indsatser skarpt. Vi vil gå målrettet efter at adressere de største tværgående udfordringer først ud fra en erkendelse af, at de knappe ressourcer ikke giver mulighed for at gøre alt på én gang
- Vi vil se borgeren som et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb. Vi vil støtte borgerens ønske om at vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter i bolig, job/uddannelse og fritid. Målet er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. For borgere i den erhvervsaktive alder er det et centralt mål at opnå eller opretholde tilknytningen til arbejdsmarked og uddannelse
- Vi vil udnytte Syddanmarks styrkeposition på det velfærdsteknologiske område. Velfærdsteknologien, herunder telemedicin, skal gøre borgeren mere uafhængig, give mere frihed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom den skal fremme kommunikationen på tværs af sundhedsvæsenets sektorgrænser

Disse tre principper skal være det bærende grundlag for alle vores indsatser i arbejdet med at nå sundhedsaftalens mål.



1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

Vi skal møde borgeren som en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt, når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.

Borgerens behov og forudsætninger skal være udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på. Der må aldrig herske tvivl om, at borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb.

Vi skal se den enkelte borger som et helt menneske med unikke forudsætninger, ressourcer og behov – og vi skal målrette vores tilbud, så de netop tager udgangspunkt i borgerens forudsætninger, bygger på dennes ressourcer og imødekommer dennes behov.

Borgeren er en samarbejdspartner med ressourcer, som skal indgå sammen med vores faglige viden og erfaring, for at det samlede resultat af borgerens forløb bliver det bedst mulige. Både borgeren og vi har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden. De forventninger er det afgørende vigtigt at afstemme. Det skal stå klart, hvad der er sygehusets, den praktiserende læges og kommunens ansvar – og hvad der er borgerens ansvar. Her er dialog og videndeling nøgleord.

Når forudsætningerne er til stede, skal borgeren kunne deltage aktivt i sit forløb, trække på sine pårørende og være medbestemmende i forhold til, hvad der skal ske videre frem.

Det sker lettest, hvis vores indsatser er målrettede og tilpasset det hverdagsliv, borgeren ønsker. Kort sagt: borgeren skal opleve at have et sammenhængende og meningsfuldt hverdagsliv.

Her giver velfærdsteknologien – og ikke mindst telemedicinen – os nye muligheder for at engagere og motivere borgeren i sit eget forløb. Telemedicin betyder, at informations- og kommunikationsteknologi bliver brugt sådan, at forebyggelse, behandling og rehabilitering kan foregå tæt på borgeren.

Telemedicin er ikke alene et spørgsmål om teknik. Det handler nok så meget om, at sygehus, kommune og almen praksis skal arbejde sammen på en ny måde – også med borgeren. Hidtil er arbejdet med telemedicin i høj grad foregået på projektbasis. Vores mål er, at telemedicin skal være en del af den daglige drift, når det er effektivt, og når det kan føre til, at borgerne oplever større selvstændighed. Vi skal sammen lægge en strategi for, hvordan vi kommer så langt.

Borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb igennem sundhedsvæsenet. Derfor er borgernes vurderinger også en vigtig del af grundlaget, når vi skal træffe beslutninger om, hvordan vores indsatser skal tilrettelægges på det mere overordnede plan. For eksempel når vi skal tage stilling til, om vi gør det godt nok – om kvaliteten i den forebyggelse, behandling og rehabilitering, vi tilbyder, er, som den skal være.

God faglig standard er selvfølgelig en helt uomgængelig forudsætning for, at kvaliteten er i orden. Er borgeren blevet behandlet i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer mv.? Men i sidste ende er de indsatser, vi tilbyder, til for borgerens skyld. Derfor giver det også god mening at spørge borgerne om, hvordan de har oplevet deres forløb, når vi vil sikre og udvikle kvaliteten af fælles indsatser.

En anden måde, hvorpå vi kan inddrage borgerne i vores overordnede beslutninger om sundhedsvæsenet, er gennem patient- og pårørendeorganisationerne. Vi er i aktiv dialog med patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage med erfaringer, viden og synspunkter, som kan være en vigtig del af grundlaget for vores beslutninger i sundhedsvæsenet.

Det vil vi måles på:

- Vi har en borger-/patientoplevels kvalitet, som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet
- Vi lægger en fælles strategi med klare mål, der gør telemedicin til en del af den daglige drift
- Vi spørger patienter og pårørende, om de føler sig inddraget i tilrettelæggelsen af patientforløbet
- Vi udvikler en fælles model for den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne

1.2 Sundhed for alle

Særligt udsatte grupper skal have særlige tilbud. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.

Fri og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel viser statistikkerne, at sundheden er ulige fordelt på forskellige befolkningsgrupper. Hvis vi vil det til livs og sikre alle borgere andel i de helbredsmæssige gevinster, som sundhedsvæsenet er med til at skabe, gør vi det ikke med standardløsninger.

Vi vil sundhed for alle. Det betyder ikke, at alle skal have alt, men at vi differentierer vores tilbud, så vi også kan imødekomme særligt udsatte grupper behov.



Vi anvender en helhedsorienteret tilgang i forebyggelse, behandling og rehabilitering og tager særligt hensyn til de, der har mest behov for støtte. Det betyder, at vi – på tværs af somatik og psykiatri – tilbyder en målrettet indsats til de borgere, som har særlig vanskeligt ved at tage vare på deres eget helbred. Indsatserne skal bygge oven på de ressourcer, borgeren selv besidder. Og den skal rette sig mod at styrke de personlige ressourcer og egenomsorgen, samtidig med at andre helbredsproblemer søges løst. Vi prioriterer en tidlig opsporende og forebyggende indsats, så sygdom opdages, inden den når at udvikle sig eller forværres.

Helt særlige problemstillinger knytter der sig til den fysiske helbredstilstand for mennesker med en sindslidelse. Ser vi på middellevetiden blandt patienter, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, viser den sig at være 15-20 år kortere end andre borgeres.

Psykiske og fysiske lidelser spiller sammen og påvirker hinanden. Derfor er der brug for, at vi ikke anskuer dem isoleret, men tværtimod ser på helheden i de tilbud, vi stiller til rådighed for mennesker med en sindslidelse. Vi skal indrette sundhedsvæsenet sådan, at det giver mennesker med sindslidelse de samme muligheder for at opnå et godt helbred, som andre borgere. Det gør vi bl.a. ved tidlig opsporing af psykisk sygdom og ved, at psykiatriske og somatiske sundhedstilbud bliver integreret i hinanden.

Samtidig skal vi tænke helhedsorienteret i forhold til at give unge med mentale problemer mulighed for at få en uddannelse og sikre, at mennesker med en sindslidelse får den rette hjælp til at komme videre i deres liv. Vi skal bidrage til, at disse borgere ikke bliver placeret eller fastholdt i en social udsat position. Her er tidlig opsporing og rehabilitering afgørende.

Igennem de senere år har middellevetiden været stigende i Danmark, når vi ser på befolkningen som helhed. Imidlertid er denne udvikling især slået igennem blandt borgere med lang uddannelse og høj indkomst. I dag lever den dårligst stillede fjerdedel af danske mænd i gennemsnit 10 år kortere end den bedst stillede fjerdedel. For 25 år siden var forskellen 5½ år. Denne viden skal inddrages, når der fremadrettet tilrettelægges fælles indsatser.

Undersøgelser tyder på, at 60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed kan forklares med rygning og alkohol. Det forhold vil vi tage højde for, når vi tilrettelægger både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Vi vil prioritere, at de befolkningsgrupper, som kan have særlig brug herfor, får tilbud, som kan medvirke til at reducere deres tobaks- og alkoholforbrug, ligesom vi vil prioritere den tidlige forebyggende indsats, bl.a. så færre begynder at ryge.

Det vil vi måles på:

- Vi bidrager til, at den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom er stigende og nærmer sig den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed
- Vi undersøger årsager til dårlig mental sundhed, herunder blandt børn og unge
- Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som bidrager til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol
- Vi bidrager i fællesskab til en tidlig, målrettet og tværgående indsats for borgere med risiko for at miste tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked

1.3 Sundhed med sammenhæng

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted.

Siden den første sundhedsaftale blev indgået i 2006, er vi i Syd-danmark nået langt, når det handler om at arbejde sammen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Mange spørgsmål, der dengang var problematiske, er blevet afklaret.

Det er samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb (SAM:BO) et af de gode eksempler på. SAM:BO lægger rammen for, hvordan indlæggelse på og udskrivning fra sygehuset foregår, og bidrager dermed til, at borgernes forløb på tværs af sektorerne kan ske godt og gnidningsfrit. Syddanmark er i den sammenhæng en foregangsregion.

Sundhedsaftalen skal føre os endnu længere i den retning, rykke os tættere sammen og gøre samarbejdet mere forpligtende. Borgerens forløb gennem sundhedsvæsenet er tit meget komplekst. På et givet tidspunkt sker der ikke bare én ting ét bestemt sted i systemet. Mange ting sker samtidigt forskellige steder. Den kompleksitet skal vi blive bedre til at håndtere – ligesom borgerne skal kunne være trygge ved, at kvaliteten i alle sundhedsvæsenets led er i orden. Borgeren skal også have adgang til og mulighed for at dele information om eget forløb, og vi skal indtænke de sundhedsindsatser, som foregår i borgernes eget hjem.

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, behandling og rehabilitering, der hænger sammen. Hvor alle parter leverer det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted ud fra en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov. Hvor der er et klart fokus på indsatser af en god faglig standard. Det mål når vi kun, hvis alle de medarbejdere, som bidrager til borgernes forløb, anvender deres kompetencer bedst muligt i samarbejde med borgeren og hinanden på tværs af sektorer og fagområder. Sådan udnytter vi de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet rigtigt og får mest mulig sundhed for pengene.



Vi skal kunne imødekomme borgernes behov på det laveste effektive omkostningsniveau – f.eks. skal vi undgå forebyggelige sygehusindlæggelser. Vi vil fortsat sørge for, at sygehuspatienter, der er færdige med deres behandling, kan blive udskrevet.

Det kræver først og fremmest en klar arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner. Men det kræver også, at alle parter ser ud over deres egne ansvarsområder og har øje for, at de sammen med andre indgår som led i en kæde, som skal hænge sammen, hvis borgernes forløb gennem sundhedsvæsenet skal være optimale. Sundhedsaftalen giver grundlaget både for en klar arbejdsdeling og for et velfungerende og gensidigt forpligtende samspil mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Hvis der stadig er tvivl om ansvarsfordelingen ved levering og finansiering af ydelser, må tvivlen aldrig komme borgeren til skade. Borgeren skal under alle omstændigheder have det rette tilbud, og så må de relevante parter afklare tvivlsspørgsmål om leverance og betaling efterfølgende.

Almen praksis skal fortsat spille en nøglerolle, som er helt afgørende for at sikre sammenhængen i borgernes forløb. Det skal også fremover være almen praksis, som tager sig af de fleste patienter og vurderer, om de har behov for at blive sendt videre til sygehuset eller til et kommunalt sundhedstilbud. Vi vil bidrage positivt og konstruktivt til at udvikle rammerne om almen praksis sådan, at mulighederne for at indgå gensidigt forpligtende aftaler om arbejdsdeling og samarbejde styrkes. Det vil vi gøre med udgangspunkt i den gældende lovgivning og overenskomst.

Der er brug for at nytænke, hvordan vi arbejder sammen på tværs i sundhedsvæsenet – især når det handler om særligt udsatte grupper som ældre medicinske patienter og sårbare personer med en psykisk eller kronisk lidelse. Grupper, som er særligt afhængige af, at vores tilbud hænger sammen. Derfor skal vi i region, kommuner og almen praksis være åbne over for at afprøve nye og mere integrerede samarbejdsmodeller.

En afgørende forudsætning, for at vi kan skabe sammenhæng i sundhed, er, at vi på alle områder arbejder systematisk med at dokumentere, måle og evaluere effekterne af det, vi gør – og dermed får et godt vidensgrundlag, som vi kan handle ud fra. Vi skal forpligte os til at arbejde efter kliniske retningslinjer, instrukser og behandlingsstandarder, der tilsammen omfatter hele borgerens forløb. Det giver os en fælles ramme for at sikre og udvikle kvaliteten på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

Det vil vi måles på:

- Vi får færre forebyggelige (gen)indlæggelser
- Vi udvikler tværsektorielle mål for kvaliteten og effekten af det, vi gør
- Vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger, som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet, og som inddrager borgeren
- Vi videreudvikler samarbejdsaftalen om borger/patientforløb (SAM:BO), så den også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og vi implementerer den på det psykiatriske område

2. Udgangspunkt

I dette kapitel udfoldes visionens principper og centrale fokuspunkter, som parterne er enige om at holde sig særligt for øje, når sundhedsaftalen skal omsættes til konkrete indsatser og resultater.

2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing er afgørende forudsætninger for, at der også i fremtiden bliver råd til et velfungerende sundhedsvæsen.

Gennem en struktureret indsats for tidligt at opspore risikofaktorer hos de borgere, vi er i kontakt med på sygehusene, i kommunerne og i praksissektoren, kan vi sætte ind med en forebyggende indsats. Forebyggelse kan i den sammenhæng både sigte på at håndtere sundhedsmæssige problemer inden de når at udvikle sig eller undgå forværring af eksisterende helbredsproblemer.

En veltilrettelagt tidlig opsporing og efterfølgende forebyggende indsats vil på længere sigt bidrage til at give borgerne i Syd-danmark flere gode leveår, blive længst muligt i sin hverdag og sikre, at vi får mest mulig sundhed for de ressourcer, vi bruger i sundhedsvæsenet.

Derfor skal vi på sygehusene, i kommunerne og i praksissektoren arbejde proaktivt for at opspore risikofaktorer og symptomer for mulig begyndende eller forværring af sygdom, når vi er i kontakt med borgeren – også selv om anledningen til vores kontakt i udgangspunktet kan være en helt anden.

En tidlig opsporing og forebyggende indsats er et væsentligt element i den rehabiliterende tilgang og er af afgørende betydning både for den enkelte borger og for samfundet som helhed. Målet er i begge perspektiver at undgå eller udskyde en behandlende indsats.

2.2 Rehabilitering som tilgang og metode

Sundhedsaftalen tager blandt andet udgangspunkt i visionen om sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren og princippet om rehabilitering. Dette afsnit har til hensigt at afklare begreberne ”den rehabiliterende tilgang” og ”den rehabiliterende metode”.

Den rehabiliterende tilgang

Den rehabiliterende tilgang sammenfatter indsatser og metoder, som har som perspektiv:

- At borgeren er et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb
- At borgeren ønsker at forblive i og vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter

Tilgangen tager udgangspunkt i, at menneskets sundhedstilstand på én gang er et fysisk, psykisk og socialt anliggende. Udgangspunktet er borgerens behov, ligesom borgerens nærmeste så vidt muligt inddrages.

Den rehabiliterende tilgang omfatter samtidig et værdisæt, hvor respekt og ligeværdighed står centralt, og hvor ønsket er at borgeren oplever sammenhæng i sit forløb. Det betyder, at vi møder borgeren dialogorienteret og med en anerkendelse af, at borgeren er ekspert på sit eget liv, mens vi bidrager med faglig ekspertise.

Den rehabiliterende tilgang er et fælles perspektiv på tværs af de forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet. Det er en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb, at der er sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger. Det betyder bl.a. at region, kommuner og praksissektoren skal arbejde med udgangspunkt i fælles mål.

Den rehabiliterende metode

Den rehabiliterende metode omfatter den hjælp, støtte samt redskaber og metoder, som fagprofessionelle bruger eller kan stille til rådighed for borgeren med behov for rehabilitering.

Nærværende sundhedsaftale er primært inspireret af definitionerne fra Marselisborgcenterets hvidbog samt WHO.

Følgende elementer er vigtige dele af den rehabiliterende metode:

- En tidlig og forebyggende indsats
- Udredning af borgerens funktions- og mestringssevne
- Samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen
- Vurdering af, hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge
- Løbende opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering

2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse

Borger-, patient- og pårørendeinddragelse dækker over en række forskellige forståelser og rummer stor variation i praksis og tilgang. Inddragelse kan eksempelvis ske på både individ- og organisationsniveau.



Særlig i en tværsektoriel kontekst er der behov for en fælles forståelse af, hvad vi mener, når vi taler om inddragelse for at kunne realisere inddragelsen i praksis. Alle parter arbejder i dag med inddragelse – det er langt fra nyt. Som eksempel på inddragelse kan nævnes fokusgrupper, patientuddannelse, tilfredshedsundersøgelser, patientambassadører m.v. Hertil kommer naturligvis den konkrete inddragelse i det enkelte borger- og patientforløb. Det nye er, at vi skal blive bedre til at gøre det i fællesskab og gøre det systematisk.

Vi inddrager systematisk Patientinddragelsesudvalget, når vi tværsektorielt arbejder med borger-, patient – og pårørende-inddragelse. Når vi igangsætter nye projekter og indsætter, forpligter vi os til at drøfte, hvordan vi inddrager borgere, patienter og pårørende.

2.4 Fastholdelse i job og uddannelse

Det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når mennesker på grund af psykisk eller somatisk sygdom mister tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet.

Mennesker, som er i risiko for at falde ud af uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet, skal møde en målrettet, tidlig, helhedsorienteret, rettidig og sammenhængende indsats, som ofte går på tværs af de kommunale forvaltninger, de somatiske og psykiatriske behandlingstilbud og egen læge.

Reformerne på arbejdsmarkedet har understreget behovet for en mere sammenhængende og koordineret indsats overfor den enkelte borger. De forudsætter strukturerede samarbejder mellem kommunen og regionen om bl.a. sundhedsfaglig rådgivning og vurdering. Med etableringen af rehabiliteringsteams, som involverer flere forvaltninger, og hvor regionen er repræsenteret ved en sundhedskordinator, er der skabt en ramme for mere helhedsorienterede indsætter. De erfaringer bygger vi videre på – også i forbindelse med implementeringen af sygedagpengereformen.

Det er et fælles mål for parterne, at borgerne så hurtigt som muligt opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i sit hverdagsliv. Det er ligeledes et fælles mål, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet og kort ventetid til udredning, behandling, genoptræning og/eller rehabilitering. Det samlede sygdomsforløb skal være så kort som muligt.

2.5 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet

Sundhedsvæsenet skal løse en stor og kompliceret velfærdsopgave med begrænsede ressourcer. Det er der ikke noget nyt i – men flere faktorer bidrager til, at ressourcebegrænsningen i de senere år har følt sig snævrere end tidligere.

For eksempel betyder ændringer i befolkningens sammensætning, at andelen af ældre medborgere vokser, ligesom andelen af borgere med kronisk sygdom er stigende – med deraf følgende behov for flere og bedre tilbud om forebyggelse, behandling, pleje og genoptræning.

Samtidig åbner den sundhedsfaglige udvikling netop mulighed for, at det rent teknisk er muligt at tilbyde mere til flere – men de økonomiske muligheder er ikke vokset tilsvarende.

Disse udviklingstendenser gør det endnu mere nødvendigt, at kommuner, regioner og praksissektoren arbejder sammen ud fra LEON-princippet. Det betyder, at opgaverne skal løses på det laveste effektive omkostningsniveau, sådan at samfundet får mest mulig sundhed for de ressourcer, der bruges i sundhedsvæsenet. Set i det lys er en tidlig opsporende og forebyggende indsats afgørende – både for den enkelte og for samfundet.

En ny sygehusstruktur indebærer, at funktioner og specialer bliver samlet på færre og større enheder for at opnå højere effektivitet og kvalitetsmæssig bæredygtighed. En afledte konsekvens af det er, at flere får længere til sygehuset. Derfor bliver det ekstra vigtigt at sikre kvalificerede, nære tilbud i kommunerne og praksissektoren, så de patienter, der ikke har behov for den højt specialiserede sygehusbehandling, kan blive behandlet tættere på hjemmet. Ligesom behovet for godt samarbejde og kommunikation på tværs af sektorgrænser stiger.

Udviklingen i sundhedsvæsenet vil betyde en omlægning af opgavevaretagelse, herunder også opgaveoverdragelse mellem sektorerne. Vi ønsker at udarbejde en fælles model for opgaveoverdragelse, så alle parter kan vurdere, om en opgave skal overdrages og i givet fald, hvordan opgaven overdrages bedst muligt.

2.6 Tættere samarbejde med almen praksis

Der er med sundhedsaftalen etableret øget inddragelse af almen praksis, og der udarbejdes i regi af Praksisplanudvalget en praksisplan, der matcher de forskellige indsatsområder i sundhedsaftalen. Dermed skabes klarhed over de opgaver, der varetages i almen praksis og den nødvendige prioritering.

Der vil i den forbindelse være fokus på et gensidigt forpligtende samarbejde, som tydeliggør forudsætningerne for et optimalt samarbejde mellem sektorerne, herunder hvordan epikriser og henvisninger håndteres mest optimalt, samt hvilke krav der er til kommunikationen generelt mellem sektorerne.

I sundhedsaftaleperioden skal der således arbejdes med specifikke målsætninger for effektiv og kompetent kommunikation mellem sektorerne, således at man hurtigst muligt får den relevante information, og på et sådant niveau, at der kan handles derpå.

Der vil i sundhedsaftaleperioden endvidere være fokus på det tværsektorielle samarbejde om medicin håndtering særligt med henblik på at drage fordel af det Fælles Medicinkort (FMK), når dette er fuldt implementeret i sektorerne. Parterne forpligter sig således på at udvikle samarbejdet på lægemiddelområdet, når FMK er implementeret.





3. Mål

3.1 Målene i den politiske vision

I det nedenstående beskrives sundhedsaftalens mål. Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i visionens målsætninger:

- 1) Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren
- 2) Sundhed for alle
- 3) Sundhed med sammenhæng

Målsætningerne omsættes i de nedenstående succeskriterier.

Målsætning	Succeskriterium
Vi har en borger-/patientoplevelt kvalitet, som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet.	Målene for borger-/patientoplevelt kvalitet udviser en stigning over tid og er højere end landsgennemsnittet.
Vi lægger en fælles strategi med klare mål, der gør telemedicin til en del af den daglige drift.	Et år efter sundhedsaftalens ikrafttræden er en tværsektoriel strategi for telemedicin med klare mål godkendt.
Vi spørger patienter og pårørende, om de føler sig inddraget i tilrettelæggelsen af patientforløbet.	Patienter og pårørende oplever at være tilstrækkeligt inddraget i patientforløbet. Alle sektorer bidrager med data for borger-/patientinddragelse og pårørende i relevant omfang.
Vi udvikler en fælles model for den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne	Inden for første halvdel af aftaleperioden foreligger værktøjer og samarbejdsmodeller, som understøtter den rehabiliterende tilgang.
Vi bidrager til, at den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom er stigende og nærmer sig den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed.	Den forventede levetid for borgere med psykisk sygdom i Syddanmark er højere i 2018 end ved aftalens indgåelse. Den forventede levetid for borgere med psykisk sygdom og den samlede befolkning i Syddanmark har nærmet sig hinanden i 2018 i forhold til ved aftalens indgåelse.
Vi undersøger årsager til dårlig mental sundhed, herunder blandt børn og unge.	Der gennemføres i første halvdel af aftaleperioden en kortlægning af viden om omfang af og årsager til, at unge i Syddanmark angiver dårligt selvpølevet helbred, herunder sociale risikofaktorer. På baggrund af kortlægningen, sættes der konkrete mål for reduktionen i andelen af unge i alderen 16-24 år, der rapporterer dårligt mentalt helbred i 2017.
Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som bidrager til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol.	Andelen af dagligrygere og personer med et sundhedsskadeligt alkoholindtag er lavere i 2017 end i 2013.
Vi bidrager i fællesskab til en tidlig, målrettet og tværgående indsats for udsatte borgere med risiko for at miste tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked.	Vi overholder aftalte ventetider på behandlings- og rehabiliteringsindsatser.
Vi får færre forebyggelige (gen)indlæggelser.	Sundhedsaftaleindikatorerne for forebyggelige (gen)indlæggelser inden for somatikken og psykiatrien skal vise lavere værdier i 2018 end i 2015
Vi udvikler tværsektorielle mål for kvaliteten og effekten af det, vi gør.	To år efter aftalens indgåelse skal tværsektorielle borgerorienterede kvalitets- og effektmål være udviklet og testet. På baggrund af testen fastsættes ambitionsniveauet via fælles mål for kvalitet og effekt.
Vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger, som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet, og som inddrager borgeren.	Der udarbejdes i aftaleperiodens første år en strategi for telemedicin. Der indgås og gennemføres en udviklingsaftale om telemedicin.
Vi videreudvikler samarbejdsaftalen om borger/patientforløb (SAM:BO), så den også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og vi implementerer den på det psykiatriske område.	Udviklingen af den digitale kommunikation i regi af SAM:BO skal fra aftalens indgåelse ske parallelt på det somatiske og psykiatriske område. Ved periodens ophør er SAM:BO fuldt implementeret på psykiatrimrådet, så den er på samme niveau som somatikken. Syddanmark skal bevare førerpositionen, når det gælder et lavt antal færdigbehandlingsdage.

3.2. Nationale mål fra økonomiaftalerne

I økonomiaftalerne for 2014 og 2015 fremgår det, at der prioriteres midler, som understøtter sundhedsaftalens indsatser med fælles målsætninger:

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

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

Kommuner og region igangsætter primo 2015 en proces, hvor indsatserne i sundhedsaftalen 2015 – 2018 konkretiseres og prioriteres yderligere. Desuden skal der ske koordineret afrapportering af anvendelse af økonomiaftalemidlerne.





4. Udvikling

4.1 Formål

Udviklingsaftalen omhandler en række temaer, hvor kommuner og region er enige om at arbejde sammen med fælles formål, men hvor der er forskellige opfattelser af midler, tempo og graden af forpligtelse i samarbejdet.

Udviklingsaftalen består af projekter, som handler om at afprøve konkrete tiltag i regionen, almen praksis og en eller flere kommuner for at afklare, om der er grundlag for siden at udbrede dem.

Sundhedskoordinationsudvalget har valgt følgende temaer:

- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Den rehabiliterende tilgang
- Borger-, patient- og pårørendeinddragelse
- Fastholdelse i job og uddannelse
- Mental sundhed
- Telemedicin
- Borgerorienterede kvalitets- og effektmål

Som led i den årlige revision af sundhedsaftalen gør Sundhedskoordinationsudvalget status på de projekter, som indgår under temaerne – dette blandt andet med henblik på at afklare, om der er grundlag for at udbrede dem til hele regionen. Desuden kan Sundhedskoordinationsudvalget løbende vurdere, om nye temaer og projekter bør inkluderes i udviklingsaftalen. Ved indgåelse af aftaler om nye projekter skal det drøftes mellem parterne, om der skal ske en prioritering i forhold til eksisterende aktiviteter.

Primo 2015 udarbejdes en beskrivelse, hvor det præciseres, hvad der kendetegner projekter i udviklingsaftalen, hvordan de initieres, følges og hvad kriterierne for nye projekter er.

Der er stadig mulighed for at indgå bilaterale aftaler mellem regionen og den enkelte kommune. Sådanne lokale aftaler er af frivillig karakter. De indgår ikke i sundhedsaftalen og kan ikke have forrang eller træde i stedet for denne.

4.1.1 Projekter med fælles ressourceindsats

Udviklingsaftalens projekter kan etableres som samarbejder med fælles ressourceindsats, herunder anvendelse af økonomiaftalemidler. Når det er tilfældet, respekterer samarbejdet sundhedslovens opgave- og ansvarsfordeling, den økonomiske byrdefordeling og regionens og kommunernes respektive myndighedsansvar. Desuden skal følgende forudsætninger være opfyldt:

- Det sandsynliggøres, at borgeren/patienten opnår en kvalitetsforbedring i forhold til sammenhæng i patientforløbet eller at der er en samfundsmæssig gevinst
- Der foreligger en klar aftale om projektets formål, opgaver, metode, proces, ansvarlige, ressourcer, økonomi og finansiering
- For hver indsats indgås en skriftlig aftale

Regionen og kommunerne kan medvirke i sådanne samarbejder med anvendelse af personaleressourcer eller ved medfinansiering, når kommunen eller regionen udfører opgaver på den anden parts vegne.

Ifølge Sundhedslovens § 239 kan regionsrådet indgå aftale med en kommunalbestyrelse om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

4.2 Strategiske udviklingsindsatser

På baggrund af sundhedsaftalens vision om:

- Sundhed gennem rehabiliterende samarbejde med borgeren
- Sundhed for alle
- Sundhed med sammenhæng
- indgås aftaler om følgende:

4.2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing

Vi sætter fokus på den tidlige og forebyggende indsats, inden borgere bliver patienter.

I indsatserne skal der være særligt fokus på behovet for en individuelt tilrettelagt tilgang - hvad den ene borger måske selv kan klare, kan den anden borger have behov for hjælp til. Der skal også være særlig fokus på indsatsen over for børn og unge og deres familier. Meget er vundet for både den enkelte og samfundet ved at sætte tidligt ind.

Konkrete projekter:

- Forsknings- og samarbejdsprojektet Tidlig Opsporing og Forebyggelse. Målet er at skabe sunde vaner og opspore og forebygge livsstilsrelaterede sygdomme
- Projekt Integrated Care, som har til formål at udvikle samarbejdet mellem sektorerne, særligt med henblik på en tidlig og integreret indsats for borgere med stress, angst, depression samt den ældre, medicinske patient

4.2.2 Den rehabiliterende tilgang

Vi sætter fokus på behovet for at skabe et fælles sprog for og fælles metoder til at arbejde ud fra den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne. Formålet hermed er at understøtte borgerne i at mestre egen sundhed og eget liv.



Udviklingsaftalen skal bidrage til, at borgeren i hele sundhedsvæsenet bliver mødt af medarbejdere, der arbejder ud fra den fælles rehabiliterende tilgang, og at borgeren dermed oplever en sammenhæng i indsatsen.

Konkret projekt:

- Udvikling af en fælles model for den rehabiliterende tilgang indeholdende værktøjer og samarbejdsmodeller.

4.2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters, og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Udviklingsaftalen skal bidrage til, at vores arbejde med borger-, patient- og pårørendeinddragelse sker i fællesskab og mere systematisk.

Konkrete projekter:

- Afprøvning af modeller for og metoder til borger-, patient- og pårørendeinddragelse
- På baggrund af afprøvede modeller og metoder formuleres en tværsektoriel strategi for borger- patient- og pårørendeinddragelse

4.2.4 Fastholdelse i job og uddannelse

Vi sætter fokus på, at mennesker i risiko for at falde ud af uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet oplever en sammenhængende og effektiv indsats. Indsatsen skal være målrettet, tidlig, helhedsorienteret, rettidig og sammenhængende – også når flere sektorer og forvaltninger er involveret. Målet er, at borgerne hurtigt opnår et funktionsniveau, der gør det muligt at fastholde job eller uddannelse. Når nye samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer udarbejdes, prioriteres de grupper, som er i særlig risiko for at ende uden for uddannelse og arbejdsmarked.

Konkrete projekter:

- Projekt om fastholdelse i job og uddannelse for mennesker med funktionelle lidelser og/eller lidelser i bevægeapparatet
- Fælles retningsgivende mål og handleplaner for borgere, som er i kontakt med social- og behandlingspsykiatri og arbejdsmarkeds- eller uddannelsesområdet

4.2.5 Mental sundhed

Mental sundhed er at have det godt og være tilfreds med livet, men også at kunne klare dagligdags gøremål som arbejde og uddannelse, samt at man indgår i sociale relationer med familie, venner og kollegaer mv.

Der er brug for et fælles vidensgrundlag om årsagerne til dårligt mentalt helbred, herunder i hvilken grad det mentale helbred påvirkes af individuelle problemstillinger, sociale faktorer og samfundsmæssige forhold.

Samtidig skal vi sikre at borgere, der oplever modstand i perioder af deres liv ikke i unødvendigt omfang sygeliggøres, men derimod kan modtage relevant støtte fra nærmiljøet og ikke nødvendigvis fra sundhedsvæsenet.

Konkrete projekter:

- I første halvdel af aftaleperioden gennemføres en kortlægning af viden om omfanget af og årsager til dårlig mental sundhed, herunder hvorfor særligt unge i Syddanmark angiver dårlig selvoplevet mental sundhed. Desuden undersøges mulige metoder til også at belyse udfordringerne i målgruppen 0-16 årige.
- På baggrund af kortlægningen sættes der konkrete mål for reduktionen i andelen af borgere, der angiver at have dårligt mentalt helbred i 2017, eventuelt specificeret på særlige målgrupper. Herefter igangsættes opfølgende indsatser, f.eks. fælles kompetenceudvikling.

4.2.6 Telemedicin

Med SAM:BO har vi i Syddanmark tidligt fået gode, enkle og effektive digitale kommunikationsgange. Digitaliseringen har bidraget til kvalitet i forløbene, hvilket bl.a. giver sig udslag i et meget lavt antal færdigbehandlingsdage. Med denne sundhedsaftale tager parterne skridt til at bevare Syddanmarks førerposition.

Nye telemedicinske indsatser skal sikre, at borgeren og patienten også kan tilgå data og dele information. Relevante sundhedsindsatser, som foregår i borgerens eget hjem, skal også være omfattet af digital kommunikation.

Bevægelsen mod et mere integreret samarbejde skal afspejles i den digitale understøttelse. Således skal de særligt komplekse forløb, som ofte forudsætter, at borgeren og de fagprofessionelle har adgang til de samme oplysninger på en gennemsigtig måde, kunne håndteres. Vi skal arbejde hen mod fælles behandlingsplaner i særligt komplekse patientforløb. Nye telemedicinske løsninger, herunder i borgernes hjem, skal løbende kunne integreres i den digitale kommunikation og dataudveksling. Målet er et mere effektivt og ensartet grundlag for nærhed og optimal borger- og patientdialog. Fælles infrastruktur er en af forudsætningerne for anvendelse af telemedicinske løsninger.



Konkret projekt:

- Shared Care Platform, et værktøj som understøtter integrerede samarbejder på tværs af sektorer og organisationer - samt i borgerens hjem, og som bidrager til styrket patient og borgerinddragelse

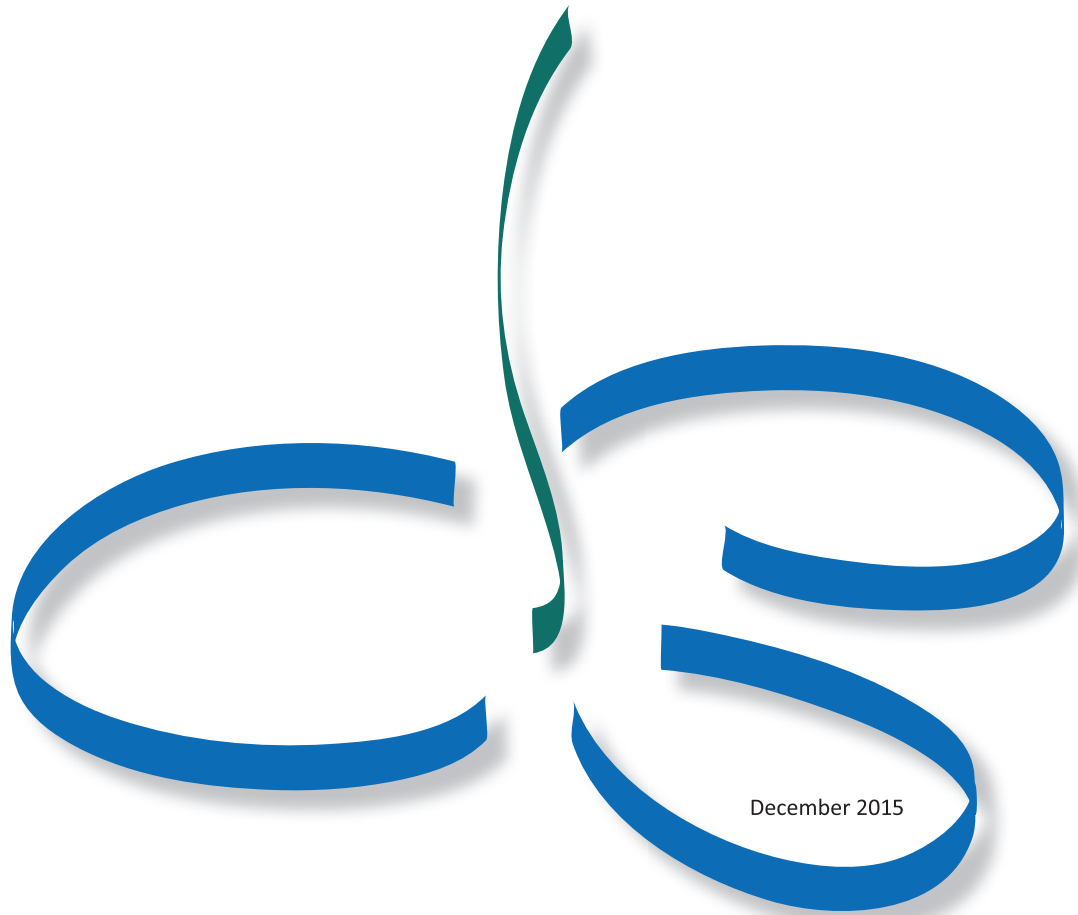
4.2.7 Borgerorienterede kvalitets- og effektmål

I takt med at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis bliver tættere, stiger behovet for at udvikle fælles borgerorienterede mål for effekt og kvalitet.

Der er behov for en fælles forståelse af, hvad der kendetegner kvalitet og effekt for sammenhængende forløb. I dette arbejde er det væsentligt at inddrage borgere, patienter og pårørende for at få en bedre forståelse af, hvad der skal til for at sikre både en effektiv fælles indsats samtidig med, at borgeren er hovedperson i sit eget forløb.

Konkret projekt:

- Udvikling og test af tværsektorielle borgerorienterede mål for kvalitet og effekt



December 2015

Sundhedsaftalen 2015 - 2018

Sundhedskoordinationsudvalget



5. Ramme

5.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering

Dette afsnit giver et overblik over de juridiske rammer for sundhedsaftalen, og de udvalg der indgår i udarbejdelsen af denne. Endvidere gives også overblik over de relevante relationer til praksissektoren.

5.1.1 Sundhedsaftalen

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

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis indgår i sundhedsaftalearbejdet gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget. Almen praksis er i henhold til sundhedsloven forpligtet til at udøve sin virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og eventuelle ressourcer aftales.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Relevante aktører fra den øvrige praksissektor inddrages i udarbejdelse og implementering af udviklings- og samarbejdsaftaler, hvor det er relevant.

5.1.2 Sundhedskoordinationsudvalg og relation til øvrige udvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af kommuner og region, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, KommuneKontaktRådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen (PLO Syddanmark). Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder udkast til én fælles sundhedsaftale og understøtter, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

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

I henhold til sundhedsloven nedsættes der i hver region et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser.

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark har nedsat Det Administrative Kontaktforum (DAK), som administrativt skal understøtte implementering af sundhedsaftalen og sikre, at der løbende udvikles og monitoreres på de aftaler, som er indeholdt i sundhedsaftalen. DAK består af ledende embedsmænd fra region og kommuner samt af repræsentanter fra PLO Syddanmark.

5.1.3 Sammenhæng med andre politikker og planer

For at styrke sundhedskoordinationsudvalgets opgave med at understøtte sammenhængende patientforløb, vurderer sundhedskoordinationsudvalget løbende udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplan og psykiatriplan 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 Syddanmark udarbejdes.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

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

Praksisplanen skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning, herunder spørgsmålet om sikring af lægedækning i alle egne af regionen, og den indholdsmæssige del i relation til f.eks. sundhedsaftalen. Planen skal endvidere forholde sig til den strukturelle udvikling og opgavevaretagelsen i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

Praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges sundhedskordinationsudvalget.

5.1.4 Private sygehuse og andre private leverandører mv.

Når region eller kommune indgår aftale med en privat aktør, forpligtes de til at sikre, at den private aktør lever op til sundhedsaftalen.

5.1.5 Ligestilling mellem psykiatri og somatik

Sundhedsaftalen omfatter både borgere med somatiske og psykiske sygdomme. Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der

er fokus på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i aftalen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder. Deraf følger også, at med mindre andet specifikt fremgår, dækker sundhedsaftalens indsatser og aftaler både somatik og psykiatri.

5.1.6 Ikrafttræden, revision og fortolkning

Sundhedsaftalen træder i kraft den 1. januar 2015 og revideres årligt i regi af sundhedskordinationsudvalget.

Det præciseres, at med sundhedsaftalen 2015-2018 bortfalder såvel den syddanske grundaftale som de 22 kommunespecifikke sundhedsaftaler for 2011-2014.

Det skal dog samtidig præciseres, at samarbejdsaftaler indgået på baggrund af sundhedsaftalerne 2011-2014, ikke bortfalder med godkendelsen af sundhedsaftalen 2015-2018. I stedet igangsættes en opdatering og eventuel revision af disse samarbejdsaftaler, således at de er tilrettet den gældende sundhedsaftale.

Tilsvarende gælder det, at de tværsektorielle samarbejdsfora, som blev nedsat i relation til sundhedsaftalerne 2011-2014, fortsætter, indtil den samarbejdsorganisation, som fremgår af sundhedsaftalen 2015-2018, er på plads.





6. Tværgående temaer

6.1 Kvalitet på tværs af sektorer

Tilknyttede underaftaler mv.

- Regional vejledning - Utsigtede hændelser i sektorovergange.

6.1.1 Formål

Den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende, sikker og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Kvalitetsudviklingen på det tværsektorielle sundhedsområde til gavn for patienten og det samlede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb er et fælles mål.

6.1.2 Fælles principper for arbejdet med kvalitet

I den seneste aftaleperiode blev der formuleret en fælles 'Tværsektoriel kvalitetsstrategi' for sundhedsområdet i Region Syddanmark. Strategiens beskrivelser af kvalitet er fortsat gældende for arbejdet med kvalitet på det tværsektorielle sundhedsområde, og de lægges til grund for nye aftaler og initiativer. Den tværsektorielle kvalitetsstrategi bortfalder med denne aftale, idet kvalitet fremover ses som en integreret del af arbejdet med at udvikle og implementere sundhedsaftalens initiativer og aftaler.

6.1.3 Forskning og udvikling

Indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen skal så vidt muligt være baseret på viden og evidens, f.eks. nationale kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og best practice.

Parterne har et fælles ansvar for forskningsarbejde på sundhedsaftalens områder. Der er et særligt behov for større og mere evidensbaseret viden om effekter af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Forskningsinitiativer udvikles i et tæt samarbejde og kan knyttes enten til konkrete udviklingsaftaler eller til specifikke temaer inden for sundhedsaftalens indsatsområder.

6.1.4 Evaluering og dokumentation i det tværsektorielle kvalitetsarbejde

Evalueringsmetoden og beskrivelsen af målsætningerne bør vælges i overensstemmelse med det aktuelle evidensniveau. Ofte er kvalitative metoder som audits, ikke mindst tracerforløb, hvor en borger/patient's samlede forløb gennemgås, et nyttigt værktøj til kvalitetsudvikling i det tværsektorielle samarbejde. Redskaber til fælles kvantitativ kvalitetsmonitorering bør som udgangspunkt udvikles på nationalt niveau.

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udviklet en række indikatorer, som i relevant omfang benyttes i den løbende opfølgning på sundhedsaftalens mål.

6.1.5 Patienternes sikkerhed og Utsigtede Hændelser (UTH) i sektorovergange

Parterne er enige om at patienternes sikkerhed er et centralt aspekt ved tilrettelæggelsen og udførelsen af aktiviteterne i forbindelse med patientforløb på tværs af sektorerne. Arbejde med patienternes sikkerhed handler om mere end at begrænse omfanget af fejl og skader.

Hovedvægten i arbejdet med patienternes sikkerhed og rapporterede utilsigtede hændelser retter sig mod en læring i organisationerne. Læringen på tværs styrkes ved at supplere med viden opnået på anden måde end gennem de utilsigtede hændelser, f.eks. gennem sikkerhedsrunderinger, gennem risikovurderinger af de daglige rutiner i sektorovergangene og vurderinger af om aftaler mellem sektorerne fungerer, som planlagt.

Rapporterede hændelser kan være eksempler på situationer, hvor aftalerne eller indsatserne måske ikke har fungeret efter hensigten. Parterne er enige om, at opfølgning på rapporterede utilsigtede hændelser som udgangspunkt sker i de fora, hvor der i forvejen arbejdes med området, og indgår som én af flere datakilder i overvågningen og opfølgningen.

Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis forpligter sig til at medvirke i fælles risikovurderinger, blandt andet med henblik på at beskrive sandsynlige patientsikkerhedsmæssige konsekvenser ved ændringer i opgavevaretagelsen. Samtidig er der et behov for at se utilsigtede hændelser relateret til medicinering. Målet er at understøtte forbedring af patientsikkerheden ved udvikling af sundhedsvæsenet.

6.1.6 Kompetenceudvikling og videndeling

Det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen har i stigende grad brug for mere viden, nye kompetencer og udbygget dialog mellem sektorerne. Og for at kunne anvende den eksisterende viden og de kompetencer, der allerede findes, på en bedre måde. Derigennem kan der skabes høj kvalitet og patientsikkerhed for borgerne. Forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering er i voksende grad evidensbaseret. Kommune, sygehus og almen praksis er gensidigt afhængige af hinanden med hensyn til deling af viden og kompetenceudvikling.



Når opgaver overdrages mellem sektorerne, er der i det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen behov for at formidle og udveksle viden. Kompetenceudvikling og videndeling er derfor ikke mål i sig selv, men midler til at opnå høj kvalitet, patienttilfredshed og patientsikkerhed i tværsektorielle patientforløb.

Formålet med kompetenceudvikling og videndeling er at udvikle en mere systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden. Når viden kan overføres og udveksles mellem sektorer, opnås en mere fleksibel anvendelse af den viden, der allerede findes indenfor det samlede sundhedsvæsens rammer. Fælles sprog og gensidigt kendskab på tværs af sektorer og fag fører til gensidig respekt og forståelse og kan medvirke til at øge medarbejdertilfredsheden.

Allerede i dag foregår der kompetenceudvikling, rådgivning og videndeling på tværs af sektorerne. Der er f.eks. adgang til, at sundhedspersonalet i én sektor kan kontakte sundhedspersonale i en anden for at drøfte konkrete patienter og deres konkrete tværsektorielle patientforløb.

Parterne er enige om, at som grundprincip har hver sektor ansvaret for at sikre, at eget sundhedspersonale har de nødvendige kvalifikationer til at løfte de sundhedsopgaver, de har ansvar for. Rekrutteres personale, der ikke har de nødvendige kvalifikationer, er det sektorens eget ansvar at tilvejebringe disse.

Det er et fælles ansvar mellem almen praksis, sygehuse og kommuner at bidrage til videndeling og kompetenceudvikling på tværs af sektorerne på de aftalte indsatsområder.

Aftale om kompetenceudvikling og videndeling

Parterne er enige om, at der udarbejdes en aftale om kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse (§ 119, stk. 3 i Sundhedsloven). I aftalen beskrives også finansiering og en organisering af området som inddrager relevante samarbejdspartner og -institutioner.

6.2 Økonomi, aktivitet og koordinering

6.2.1 Formål

For at sikre sammenhæng i forløb og indsatser på tværs af sundhedssektoren, en fortsat udvikling af kvaliteten og en effektiv styring af ressourcer er sygehuse, kommunerne og almen praksis forpligtede til at samarbejde om overgangene mellem sektorerne. Det betyder blandt andet, at der er behov for at sikre en aktivitetsmæssig og økonomisk gennemsigtighed. I erkendelse af, at omlægninger i en sektor kan påvirke drift og kapacitetsplanlægning i en anden sektor, skal parterne orientere

hinanden om ændringer i aktivitet og om nye tiltag, der kan have konsekvenser for de andre sektorer. Parterne forpligter sig dermed til at levere relevante data om aktivitet, kapacitet og økonomi i det omfang, det er nødvendigt for at sikre den nødvendige planlægning og en sammenhængende indsats. Parterne stiller nødvendige data til rådighed på baggrund af dialog om behov og fælles forståelse af formålet.

Parterne ønsker at indgå i samarbejder med fælles finansiering om projekter og indsatser, når det kan være et redskab til at sikre en mere sammenhængende og effektiv drift.

6.2.2 Koordinering af kapacitet og udveksling af data

Af hensyn til den løbende koordinering af kapacitet mellem sektorerne udveksles nærmere information om aktivitetsmønstret i sygehusregi, kommuner og almen praksis. De enkelte sygehuse og regionens praksisafdeling er forpligtet til at formidle oplysninger og medvirke i en dialog med kommunerne om væsentlige ændringer i behandlingsaktiviteten i god tid, herunder samarbejde om afklaringen af de nærmere forudsætninger og konsekvenser, så kommunernes opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges.

Regionen orienterer årligt kommunerne og almen praksis om de generelle forventninger til det kommende års udvikling i aktivitet, baseline, aktivitetsvækstkrav og medfinansiering for de enkelte sygehusområder og for praksisområdet. Kommunen er tilsvarende forpligtet til at formidle oplysninger og indgå i dialog med sygehuset om væsentlige ændringer i struktur, kapacitet, serviceniveau og kvalitetsstandarder i forebyggende ydelser, hjemmesygepleje og sundhedsplejen, korttidstilbud (rehabiliterings-, trænings-, pleje- og aflastnings-tilbud).

Tilgængelighed

Den myndighed, der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling, der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet og tilgængelighed. Tilgængelighed indebærer, at fagpersoner, som samarbejder om et borger-patient forløb, er tilgængelige for hinanden. Rammer for tilgængelighed beskrives i forbindelse med konkrete samarbejdsaftaler og i forbindelse med udarbejdelse af specifikke målgruppeaftaler.

I forhold til almen praksis har det særligt fokus at sikre generel tilgængelighed, herunder handicapvenlige adgangsforhold, jf. overenskomstens bestemmelser.

Aftale om samarbejde om økonomi, aktivitet og koordinering

Der udarbejdes en fælles aftale som beskriver rammen for den praktiske udveksling af data og planlagte aktivitetsændringer.



Aftalen skal indeholde formål med udvekslingen, beskrivelse af proces, kadence og tidsfrister proces for udveksling af data og en plan for hvordan parterne kan udvikle et mere ligeligt datagrundlag for økonomi, kapacitet og aktivitet. Aftalen skal endvidere sikre, at det altid er klart for parterne hvilke data, der skal lægges til grund for samarbejdet om planlægning og koordinering af kapacitet og aktivitet. Parterne forpligter sig ligeledes til at medvirke i fælles analysearbejder, der understøtter en samordnet udvikling af sundhedsvæsenet.

6.2.3 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

Vurderingen indgår i den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget.

6.2.4 Samarbejde om opgaveoverdragelse og delegation

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse behandlingsopgaver, som foregår i én sektor, helt eller delvis kan varetages af en anden, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Når opgaver flyttes mellem sektorerne, sker det aftalt og planlagt, så parterne har tid til de nødvendige omstillinger.

Opgaveoverdragelse mellem sektorerne baserer sig på følgende overordnede principper:

- Fokus på at sikre patientsikkerhed og kvalitet
- 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
- Opgaverne løses på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet)
- Konsekvensvurderinger, herunder eventuelle samfundsøkonomiske beregninger som baggrund for beslutning om opgaveoverdragelse

Overdragelse af ikke forbeholdte sundhedsfaglige opgaver

Der kan være tale om forskellige typer af opgaver, som kan overdrages mellem sektorerne. En del af de indsats, der iværksættes i forbindelse med patientuddannelserne på sygehusene, vil med fordel kunne overdrages til kommunen, så nærhed og borgerens mulighed for at deltage i et sammenhængende rehabiliteringstilbud med udgangspunkt i den enkelte livssituation styrkes. Overdragelse af den type af opgaver

skal overholde en dokumenteret sundhedsfaglig kvalitet, og der skal sikres tydelighed omkring, hvilke kompetencer mv., der er nødvendige for de medarbejdere, der skal løse opgaven.

Opgaveoverdrager skal, både ved overdragelse af forbeholdte og ikke forbeholdte sundhedsfaglige opgaver, medvirke til den nødvendige kompetenceudvikling, f.eks. ved vederlagsfri undervisning fra de fagpersoner, som hidtil har udført opgaven. De nærmere rammer for dette aftales i forbindelse med opgaveoverdragelse.

Der sker også løbende opgaveoverdragelse mellem sygehus og almen praksis. Principper for dette aftales i Praksisplanen.

Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

Kommunerne løser allerede i dag mange komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver, herunder lægeordnede behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen, som er overdraget kommunen som delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Da der påhviler sundhedspersoner særligt ansvar og forpligtelse jf. autorisationslov og sundhedsloven, gøres nedenstående aftale om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed gældende. Aftalen har til formål at sikre tydelighed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Aftale om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed på tværs af sektorgrænser

Autoriserede sundhedspersoner med en forbeholdt virksomhed kan delegeres til andre at udføre opgaver inden for den forbeholdte virksomhed (bruge medhjælp). I det nedenstående opstilles rammen for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehus i Region Syddanmark og kommunale medarbejdere – såvel sundhedsfaglige som ikke-sundhedsfaglige medarbejdere på såvel det psykiatriske som det somatiske område, når de udfører lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

I forbindelse med aftaler om delegation af forbeholdt virksomhed skal der være fokus på følgende:

- Hensyn til patientens behov og selvbestemmelsesret
- Kvalitet og patientsikkerhed. Den delegerende part og medhjælp skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed og sikre, at delegationen sker til patientens bedste og lægefagligt, sygeplejefagligt og socialt ansvarligt
- Opgaverne løses på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet)
- Klare rammer og en klar ansvarsplacering: Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed må ikke føre til, at der sker en generel uplanlagt og uafalt opgaveoverdragelse

Samarbejdet tager udgangspunkt i bekendtgørelse og vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Delegation til den kommunale hjemmesygepleje

Behandlingsopgaver, som den kommunale hjemmesygepleje udfører efter lægeordination er altid delegeret sundhedsfaglig virksomhed.

Det er kommunalbestyrelsen, der har det overordnede ansvar for, at der foreligger tilstrækkelige instrukser, at personalet er kvalificeret til at udføre opgaverne, samt at føre tilsyn med opgaverne.

Dog er det den delegerende læges ansvar at sikre sig, at den udarbejdede instruks for udførelsen af opgaverne er dækkende. Behandlingsansvaret er altid hos den læge (praktiserende eller anden læge), som varetager behandlingen. Det lægelige behandlingsansvar skal altid være afklaret og kendt, og lægen skal være tilgængelig for det udførende personale. Det skal være tydeligt for den medarbejder i kommunen, som udfører delegeret sundhedsfaglig virksomhed, til hvem og i hvilke situationer, medarbejderen kan henvende sig i tilfælde af komplikationer eller uforudsete problemstillinger. Det skal altid fremgå tydeligt, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

Medhjælpen er ansvarlig for at frasige sig en opgave, som den pågældende ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

Delegation til andre kommunale institutioner (f.eks. botilbud for fysisk og psykisk handicappede)

Lægen kan delegere, typisk medicingivning, til institutioner, hvor der ikke er sundhedsfagligt uddannet personale. Det er kommunen der har ansvaret for at sikre, at der er personale, der er instrueret og oplært i almindelig medicingivning – eller at gøre lægen opmærksom på, hvis det ikke er tilfældet. Lægen skal i disse situationer tage stilling til, om medicingivningen kan varetages af personalet efter tilstrækkelig instruktion, om en hjemmesygeplejerske skal give medicinen, eller om patienten eventuelt skal indlægges på sygehus.

Ansvar ved delegation

Alle involverede parter ved delegation har et ansvar for at tilgode patientens sikkerhed. I vejledningen om delegation af sundhedsfaglige virksomhed, er beskrevet hhv. ledelsens ansvar, den autoriserede sundhedspersons ansvar (den delegerende), samt medhjælperens ansvar (som kan være en autoriseret sundhedsperson, men ikke nødvendigvis).

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, herunder delegation

Det daglige samarbejde omkring opgaveoverdragelse kan ofte løses lokalt. En fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre et fleksibelt samarbejde, så længe der er fælles fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Desuden er det vigtigt, at der i forbindelse med det daglige samarbejde er opmærksomhed på, at visse former for aftaler om opgaveoverdragelse kan have konsekvenser for andre end de parter, der aktuelt indgår aftalerne.

For at sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelsesproces udarbejdes i regi af Det administrative Kontaktforum i første del af aftaleperioden en samlet model for opgaveoverdragelse, herunder delegation. Modellen skal indeholde:

- Retningslinjer for, hvornår en opgave kan overdrages (på baggrund af vejledning om delegation mv.)
- Fælles forståelsesgrundlag for de juridiske, sundhedsfaglige og patientsikkerhedsmæssige forhold ved opgaveoverdragelse, herunder delegation.
- En skabelon for overdragelsesaftaler, som sikrer, at bl.a. opgaven, de nødvendige kompetencer og de samfundsøkonomiske konsekvenser beskrives.
- Følgegruppe for opgaveoverdragelse og delegation.

Følgegruppen nedsættes af Det administrative Kontaktforum og skal generelt følge området og skal behandle konkrete forslag eller ønsker til opgaveoverdragelse efter de i modellen fastsatte principper. Følgegruppen skal, på baggrund af den udarbejdede model, kvalificere beskrivelsen af disse opgaver både fagligt, organisatorisk og samfundsøkonomisk og såfremt beskrivelsen giver anledning til dette, rejse en sag i det Administrative Kontaktforum med henblik på evt. opfølgning på opgaveoverdragelsen, evt. også i Praksisplanudvalget hvis opgaven primært vedrører almen praksis.

Følgegruppens formandskab består af repræsentanter på ledelsesniveau, resten af gruppen består af udvalgte fagpersoner, udpeget af parterne jf. kommissorium.

6.3 Velfærdsteknologi og telemedicin

6.3.1 Formål

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorgrænser.



Parterne er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision, mål og indsatser ved at:

- Bidrage til veltilrettelagte og sammenhængende patientforløb ved at understøtte, at den relevante information om borgeren/patienten er tilgængelig for de rette parter på det rette tidspunkt, sted og måde. Sundhedsvæsenet skal fremtræde samlet og transparent for både borgere og personale.
- Styrke borgeren/patientens mulighed for at engagere og motivere sig i eget forløb og tage vare på egen sundhed og behandling
- Understøtte kvalitet i patientforløbet
- Understøtte en effektiv administration, så personalets andel af tid til behandling og pleje optimeres.
- Bidrage til at undgå forebyggelige (gen)indlæggelser, undgå fejlmedicinering og reducere unødige hjemmebesøg og sygehusbehandling

6.3.2 Principper og forudsætninger

Samarbejdet om tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal fortsat udbygges og udvikles i Syddanmark på baggrund af gode resultater med det digitale fællesskab. Fælles perspektiver for digitaliseringens mål, implementering og principper må hvile på enighed om forudsætninger for økonomi og samarbejde. I nedenstående beskrives principper og forudsætninger for samarbejdet.

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af sundhedssamarbejdet om patientforløb: Den meddelelsesbaserede kommunikation, fælles it-systemer, telemedicin og velfærdsteknologi.

Det er det faglige samarbejde, den konkrete arbejdssituation samt behovet for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger der tages i anvendelse. Målet er, at data kun registreres én gang, uanset hvor i sundhedssektoren de opstår.

Telemedicin skal implementeres organisatorisk. Telemedicinske projekter er først og fremmest organisationsudviklingsprojekter og dernæst tekniske projekter. Projekterne skal planlægges, ledes og gennemføres med både organisationsudvikling og teknisk udvikling for øje. Der skal endvidere sikres kompetenceudvikling og uddannelse i relation til brug af ny teknologi og arbejdsgange mv.

Informationssikkerhed og patientsikkerhed er grundlæggende hensyn og skal derfor tænkes ind i nye løsninger helt fra begyndelsen. Relevante informationer skal deles og være tilgængelige i videst muligt omfang, ligesom terminologier og datadefinitioner i størst muligt omfang skal være fælles. Personfølsomme data deles ikke, jf. lovgivning herom, f.eks. informeret samtykke. Leverandør- og teknologiafhængighed skal tilsigtes.

6.3.3 Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin

Der skal sigtes imod bæredygtige rammebetingelser for udvikling og implementering af telemedicinske løsninger. Heri indgår inddragelse af borgenes eget udstyr i videst muligt omfang.

Den basale meddelelsesbaserede kommunikation mellem parterne prioriteres fortsat højt sammen med udbredelsesklare løsninger – herunder de aftalte udbredelsesprojekter i de nationale strategier. Desuden igangsættes analyse- og pilotprojekter på andre områder.

Der skal ved behov sigtes imod et udbredt, praktisk og forpligtigende samarbejde om it-understøttelsen gennem fælles it, herunder fælles forvaltning af systemområder, fælles supportløsninger og samfinansiering.

Parterne er enige om, at følgende områder skal prioriteres i aftaleperioden:

- Videreudvikling af SAM:BO
- Udbredelse af MedCom-standarder
- Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort
- Udbredelse af telemedicinsk sårvurdering
- Udbredelse af teleudskrivningskonferencer
- Afprøvning og evt. udbredelse af Shared Care Platformen til styrkelse af det tværsektorielle samarbejde på baggrund af afprøvning
- Afprøvning og evt. udbredelse af internet- og telepsykiatri
- Hjemmemonitorering
- Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation
- Rådgivning via video
- Bookingsvar og afrapportering/status til almen praksis efter endt forebyggelsestilbud i kommunen

Desuden skal almen praksis' mulighed for at afprøve og implementere ny teknologi og nye arbejdsformer understøttes, herunder brug af videokonference, elektronisk kommunikation mellem kommune og lægepraksis og telemedicinske løsninger.

Nye udviklingsområder i en tværsektoriel strategi for velfærds-teknologi og telemedicin er:

- Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde samt let adgang for borgeren i hjemmet til at komme i kontakt til sundhedsvæsenet via video- og dataopkobling.
- Etablering af fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels giver borgeren (og klinikerne) en nem adgang til hjælp og fejlhåndtering.

- Etablering af et set-up, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis.
- Udbredelse af modne og afprøvede løsninger – evt. med afsæt i specifikke områder så som KOL- og hjerteområdet.
- Styrkelse af forsknings- og dokumentationsindsatsen på området som grundlag for en kvalificeret vurdering af nytteværdi for at sikre udbredelse af de rette løsninger.
- Udvikling og organisering af samarbejdet omkring sundhed, bl.a. for at øge anvendeligheden for almen praksis

Fælles infrastruktur er en af forudsætningerne for en fælles satsning på og anvendelse af telemedicinske løsninger.





7. Obligatoriske indsatsområder

De følgende afsnit beskriver de indsatser, aftaler, værktøjer og metoder, som er generelle og gældende, uanset hvilke typer af forløb, der er tale om.

Målgruppespecifikke indsatser beskrives i kapitel 8.

7.1 Forebyggelse

7.1.1 Formål

Det overordnede formål med sundhedsaftalen om forebyggelse er at sikre, at borgere og patienter med behov for forebyggelse systematisk tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet. Parterne er enige om, at borgere og patienter i kontakten med både kommune, almen praksis og sygehus skal opleve, at deres behov og motivation for forebyggende indsatser vurderes individuelt og under hensyntagen til social baggrund og levevilkår, og at der koordineres på tværs af sektorer ved behov.

7.1.2 Principper for samarbejdet

Forebyggelsesindsatserne bygger på gensidig tillid til, at både almen praksis, kommunerne og sygehusene kender til og sikrer udbredelse og implementering af de relevante indsatser, som er gældende inden for egen sektor. Gennem koordination mellem parterne skal det sikres, at dublerende tilbud undgås.

Effektive forebyggelsesindsatser er vigtige for at sikre fremme af en sundere livsstil og reducere den risikoadfærd, som kan føre til udvikling af langvarig kronisk sygdom og forkortet levetid.

Både sygehuse, kommuner og almen praksis sikrer, at de forebyggende indsatser er evidensbaserede eller alternativt hviler på god faglig praksis. Der er i særlig grad brug for evidensbaseret viden om implementering og organisering af forebyggelse.

7.1.3 Sammenhængende forebyggelsesforløb

Et forebyggelsesforløb kan opstartes i både almen praksis, kommune og sygehus. Forebyggelsesforløb bliver sammenhængende via koordinering af følgende elementer:

1. Tidlig opsporing, information om, motivering for og gennemførelse af selve forebyggelsesaktiviteten, hvor borgeren eller patienten er aktivt involveret.
2. Relevant registrering og henvisning samt kommunikation og samarbejde på tværs af de sektorer, der er involveret i det konkrete forebyggelsesforløb.

Almen praksis og sygehuse skal henvise til kommunale forebyggelsestilbud. I aftaleperioden er målet, at hver kommune kun skal have én indgang for henvisning. På den måde får kommunerne styrket mulighed for i dialog og samarbejde med borger-

ren at tilrettelægge et optimalt individuelt rehabiliteringsforløb. Samtidig lettes henvisningsproceduren for parterne.

Når den indholdsmæssige ramme er besluttet, og de teknologiske muligheder er til stede, skal der udarbejdes slutstatus for indsatsen, som sendes til den henvisende part og egen læge ved forløbets afslutning.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker danner grundlag for en kvalificering af forebyggelsesindsatserne i kommunen. Fremdriften i implementeringen vil være forskellig fra kommune til kommune.

Kommunernes og sygehusenes forebyggelsestilbud beskrives på sundhed.dk.

Forebyggelsesindsatser som en del af det samlede patientforløb
I forbindelse med alle konkrete samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer om specifikke målgrupper, beskrives og aftales det konkrete samarbejde om en sammenhængende og forebyggende indsats, som skal iværksættes for de enkelte målgrupper. Især den patientrettede forebyggelsesindsats kræver et tæt samarbejde på tværs af sektorer. Den enkelte sektors specifikke opgaver og ansvar beskrives og aftales med udgangspunkt i bl.a. kliniske retningslinjer samt anden faglig evidens. Aftalerne skal endvidere beskrive procedurer for henvisning og videregivelse af relevante informationer, herunder eventuelle resultater af sygehusenes KRAM-screeninger.

7.1.4 Rammer for samarbejdet vedr. patientuddannelse

Overordnede målsætninger

Sygehuse og kommuner har ansvaret for at udbyde, udvikle og evaluere effektive, kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelsesindsatser. Målet er, at borgerne oplever sig inddraget, og at sektorerne samarbejder således, at der sikres sammenhæng, dialog og koordinering

Der udarbejdes en aftale om samarbejdet om patientuddannelser, som koordineres med arbejdet om nye rammer for mennesker med kronisk sygdom. Der skal i arbejdet ses på, hvordan samarbejdet tilrettelægges. Aftalen skal således tage hensyn til inddragelse af patienter og pårørende, målet for den enkelte patient, samarbejde ud fra hensynet til LEON-princippet og til en sammenhængende indsats af dokumenteret høj kvalitet.

Der skal aftales mål for den samlede tværsektorielle patientuddannelsesindsats, og patientuddannelseskoncepterne skal medvirke til at reducere ulighed i sundhed. Det betyder også, at der skal udvikles telemedicinske løsninger, der kan understøtte patientens egenomsorg og medansvar for den forebyggende indsats.



I aftaleperioden etableres et forskningsprojekt, der har til formål at udvikle og afprøve et redskab til effektmåling af patientuddannelse.

Lighed i sundhed

Særligt sårbare borgere kan have mindre grad af mestringsevne og nedsat sygdomserkendelse. Patientuddannelsen bør derfor differentieres, så den tager udgangspunkt i borgerens behov, ressourcer, motivation og parathed. Forløbet kan tilrettelægges individuelt eller i grupper. Det væsentligste er, at borgeren oplever selv at kunne tage styringen med, hvad der skal ske, og hvornår det skal ske.

7.1.5 Prioriterede indsatser

Parterne aftaler følgende indsatser:

Ernæringscreening

Sygehusene foretager, som en del af deres forebyggende indsatser for indlagte patienter, ernæringscreeninger på konkrete patientgrupper, f.eks. småtspisende ældre.

Der udarbejdes en aftale for samarbejde om ernæring, herunder hvordan det sikres, at kommunens medarbejdere bliver i stand til at indarbejde screeningsresultaterne i deres videre forebyggende og rehabiliterende indsatser i samarbejde med den enkelte borger.

Målet er at reducere antallet af forebyggelige (gen)indlæggelser, der er relaterede til ernæringsmæssige årsager.

Hygiejne

Der udarbejdes en aftale om infektionshygiejnisk forebyggelse. Aftalen skal indeholde en model for rådgivning og kompetenceudvikling og aftaler om konkrete ydelser fra sygehusene til kommunerne. Aftalen skal sikre ensartede forhold på tværs af regionen og tydeliggøre hvilke ydelser, der ligger inden for regionens rådgivningsforpligtelse (jf. Sundhedsloven § 119), og som derved er vederlagsfri.

Målet er at reducere risikoen for infektioner på grund af hygiejnemæssige årsager og at reducere antallet af indlæggelser på grund af dette.

Faldforebyggelse

Der udarbejdes en aftale om videndeling og kompetenceudvikling vedrørende faldforebyggelse. I aftalen indgår konkrete værktøjer til identifikation af risikofaktorer samt effektmonitorering.

Forebyggelse forud for operation

Kommunerne, almen praksis og regionen indgår i aftaleperioden en aftale om forebyggelse forud for operation.

Målet er at øge patientens samlede rehabiliteringspotentiale og nedsætte antallet af komplikationer ved operative indgreb.

Borgere med misbrug af rusmidler samt deres familier

Misbrugsbehandlingen er en kommunal opgave. Samtidig har almen praksis og personalet i region og kommuner en forpligtelse til at medvirke til opsporing af misbrug af rusmidler samt til at motivere borgeren til forebyggelse og behandling.

Der indgås en aftale, som indeholder konkrete værktøjer og metoder til opsporing, henvisning og behandling, og der fastsættes mål for den samlede indsats.

Tidlig opsporing og indsats overfor mennesker med en sindslidelse

Regionen og kommunerne i Syddanmark har i 2013 godkendt Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med sindslidelser. Strategien har fokus på tidlig opsporing og opfølgning i forhold til KRAM-faktorerne: Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

Parterne implementerer strategien, jf. den vedtagne implementeringsplan.

Et særligt fokusområde er at sikre samtalerapi i almen praksis for patienter med visse former for stress, angst og depression. Tilrettelæggelsen aftales i praksisplanen for almen praksis.

7.1.6 Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne

Regionen rådgiver kommunerne på forebyggelsesområdet, jf. sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

Rådgivningen har primært fokus på større forsknings- og udviklingsprojekter, som kan understøtte sundhedsaftalens strategiske indsatsområder, herunder udviklingen af kvalitets- og effektmål

Rådgivningen skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser. Der udarbejdes en aftale mellem kommunerne og regionen om de konkrete rådgivningsaktiviteter, herunder rådgivning om infektionshygiejne.

Rådgivningsfunktionen er desuden ramme for udvikling og gennemførelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der kan generere nye samarbejds måder og viden om forebyggelse.



7.2 Behandling og pleje

Tilknyttede underaftaler mv.

- SAM:BO
- Fælles udskrivningsplanlægning
- Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem
- Samarbejde mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr
- Samarbejdsaftale for anvendelse af praktisk hjælp og ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling
- Casekatalog: Ansvarsfordeling for behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område
- Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet
- Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område

7.2.1 Formål

Formålet med aftalen om behandling og pleje er at sikre sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

7.2.2 Videreudvikling af SAM:BO (Samarbejde om borger- og patientforløb)

SAM:BO er parternes aftale om borger- og patientforløb og skal fremadrettet tilpasses, så den kan dække både børn- og unge- og voksenområdet indenfor såvel somatik som psykiatri. SAM:BO skal videreudvikles, så den rækker ud over sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet.

Det betyder bl.a., at den elektroniske kommunikation også skal understøtte samarbejdet med beskæftigelses-, social- og sundheds-, og børne- og ungeforvaltningen. Sektorerne har ansvar for at sikre den interne koordination og kommunikation.

Det indebærer også, at varslingsfristerne på det psykiatriske område afvikles i løbet af aftaleperioden, således at dialogen om udskrivning starter ved indlæggelse i lighed med det somatiske område.

For psykiatrien er der en række tekniske, organisatoriske og kulturelle udfordringer på vejen frem mod mere elektronisk kommunikation på tværs. I den kommende sundhedsaftaleperiode intensiveres samarbejdet yderligere om den elektroniske kommunikation på det psykiatriske område. Hvor det er teknisk muligt, kommunikerer psykiatrien med udgangspunkt i SAM:BO.

Målet er, at data i forløb med mange involverede på tværs af sektorer skal være tilgængelige for rette vedkommende og understøtte tværsektorielt samarbejde og inddragelse af borgere, patienter og pårørende.

7.2.3 Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Sygehusene er ansvarlige for at sikre, at patienten er færdigbehandlet i sygehusregi før udskrivning til primærsektor.

Kommunerne skal udvælge og anvende metoder, der mest effektivt bidrager til at forebygge forværring af borgerens tilstand, så unødvendig indlæggelse undgås.

Den praktiserende læge medvirker også til at forebygge (gen) indlæggelser, f.eks. i forbindelse med opfølgning og kontrol af de lægefaglige elementer efter en indlæggelse. Den praktiserende læge kan henvise til et relevant kommunalt eller regionalt tilbud, og forudsætningen herfor er, at det skal være tydeligt for alle parter, hvilke tilbud kommunen og regionen har på området. Tilbuddene beskrives på sundhed.dk.

Ved indgåelse af målgruppenspecifikke aftaler skal der være fokus på reduktion af forebyggelige (gen)indlæggelser.

Kommunerne er i stigende grad afhængige af at kunne inddrage almen praksis i forhold til de borgere, hvor kommunen er ansvarlig for hele eller dele af den sundhedsfaglige indsats. Parterne har fokus på, at borgere, der er svage og ikke ved egen kraft kan henvende sig til almen praksis, får den fornødne lægehjælp, herunder sygebesøg.

7.2.4 Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud

Målgruppen for akutfunktionerne er borgere, som er i en pleje- og/eller behandlingsmæssig tilstand, som bedst varetages i et borgernært sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer. Tilbuddet kan ikke erstatte en sygehusindlæggelse, hvis borgeren har brug for det.

Akutfunktioner i kommunen er afhængige af et tæt samarbejde med det regionale sundhedsvæsen, og derfor indgår parterne en aftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud". Aftalen skal beskrive, hvordan parterne vil samarbejde, og hvordan der løbende følges op på kvaliteten.



Aftalen baseres på følgende principper:

- Den praktiserende læge fungerer som tovholder for de patienter, der er tilmeldt den praktiserende læges praksis og har det overordnede behandlingsansvar for patienten, når patienten ikke er indlagt
- Sygehusets læger har behandlingsansvaret for patienter, mens de er indlagt og kan i særlige situationer efter udskrivelsen have en fortsat rolle i konkrete patientforløb
- For så vidt angår delegation m.v. henvises i øvrigt til sundhedsaftalens afsnit 6.2.4 om Samarbejde om opgaveoverdragelse og delegation
- Der arbejdes systematisk med kvalitetssikring og -opfølgning, herunder monitorering af de indikatorer, der er nævnt i "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje", Sundhedsstyrelsen, 2014.

7.2.5. Samarbejde om behandlingsredskaber og hjælpemidler

I forbindelse med udskrivning skal det sikres, at borgeren får de rette behandlingsredskaber, hjælpemidler og træningsredskaber. Myndigheds- og finansieringsansvaret for behandlingsredskaber, hjælpemidler og træningsredskaber er placeret i både region og kommune. Ansvarsfordelingen er beskrevet i Afgrænsningscirkulæret. For at sikre at borgerne ikke oplever unødigt ventetid eller uklarhed om, hvem der skal levere, fortsætter parterne arbejdet med at vedligeholde Casekataloget, som er parternes værktøj til fortolkning af Afgrænsningscirkulæret. Casekataloget er ikke juridisk bindende, men er vejledende, hvis der opstår tvivl om ansvar.

7.2.6 Samarbejde på lægemiddelområdet

Mange patientforløb involverer ordination og anvendelse af medicin. Parterne er enige om, at for at sikre gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi er der behov for et styrket samarbejde på lægemiddelområdet.

Enhver læge er formelt ansvarlig for egne ordinationer, herunder også at vurdere den samlede lægemiddelbehandling, når lægen aktuelt skal ordinere et lægemiddel til en given patient. Den sidst ordinerende læge har ansvaret for den samlede medicin.

Fælles Medicinkort (FMK) forventes i løbet af 2015 at være implementeret i alle sektorer. Det betyder, at alle parter får adgang til at dele den samme information om aktuell lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke længere skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdaterede medicinlister.

Til gengæld kan FMK ikke løse andre faglige og tværsektorielle udfordringer som f.eks. valg af lægemiddel, vurdering af behov for ændringer og brugerinddragelse. Derfor aftales følgende nye indsats:

- Samarbejde om ordination og anvendelse af lægemidler på psykiatri-området med involvering af bl.a. psykiatriens lægemiddelkomité, den fælles praksiskonsulentordning og det regionale lægemiddelteam. Samarbejdet omfatter også personer, der har både psykisk og somatisk sygdom
- Brugerinddragelse: Patient- og pårørendeperspektiv på anvendelsen af lægemidler
- Korrekt anvendelse af FMK med fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH). Det er vigtigt at have fokus på de indbyrdes afhængigheder mellem it-løsninger, funktionaliteten i klinisk hverdag og kvalitet/patientsikkerhed. I første del af implementeringsperioden af FMK på sygehuse og i almen praksis har der været udfordringer i forbindelse med den tekniske del af udvikling og certificering af it-løsninger. Fremover vil der i højere grad blive fokus på den organisatoriske implementering
- Afklaring af, hvem der laver hvilke medicingennemgange hvornår og for hvilke patienter. Udgangspunktet er, at sidst ordinerende læge har ansvaret for medicineringen
- Risikolægemidler: En stor del af utilsigtede hændelser omfatter lægemidler. Implementering af FMK er en ekstra anledning til at sætte fokus på de lægemidler, der indebærer de største risici ved forkert anvendelse

Parterne er enige om, at der indgås en fælles aftale om anvendelse af dosisdispensering, der indeholder et måltal for anvendelsen af maskinel dosispakket medicin.

7.3 Genoptræning og rehabilitering

Tilknyttede underaftaler mv.

- Retningslinje for genoptræningsplaner
- Snitfladekatalog til genoptræning
- Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

7.3.1 Formål

Aftalen skal sikre, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk og/eller psykisk sygdom med behov for genoptræning og rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj kvalitet. Desuden skal patientinddragelsen styrkes og der skal være effektiv, tidstro og relevant kommunikation på tværs af sektorer, som blandt andet skal sikres gennem klare retningslinjer og effektiv IT-understøttelse.

7.3.2 Arbejdsdeling, samarbejde og snitflader

Både sygehus, kommune og almen praksis har opgaver i relation til genoptræning og rehabilitering.



Sundhedsloven og serviceloven indeholder muligheder for visitations- og henvisningsmuligheder til forskellige former for genoptrænings- og rehabiliteringstilbud, herunder om samarbejdet vedr. patientuddannelse.

Henvisning til genoptræning efter sundhedslovens §140

Jævnfør sundhedsloven skal sygehusene vurdere, om borgerne har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, når patientens kontakt med sygehuset er afsluttet og skal i givet fald tilbyde borgeren en genoptræningsplan. Kommunerne skal i henhold til sundhedsloven tilbyde vederlagsfri genoptræning til borgere med en genoptræningsplan.

På baggrund af gældende bekendtgørelse om genoptræningsplaner og vejledning om træning i kommuner og på sygehuse, videreudvikler parterne i fællesskab snitfladekataloget, som skal sikre klarhed om snitflader og samarbejde på tværs af sektorer.

Henvisning til andre kommunale trænings- og rehabiliteringstilbud

Når det lægefagligt vurderes, at patienten har behov for et tilbud i kommunalt regi skrives en henvisning. Dette kan både være aktuelt i forbindelse med udskrivning fra sygehus, men også tidligere i et behandlingsforløb. Henvisningen udløser en handlepligt for kommunen, men foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service, herunder indhold, form og kapacitet.

Der anvendes elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra lægepraksis og sygehusafdelinger, således at henvisninger sendes i MedCom-standarden for elektroniske henvisninger til kommunen. Kommunen og praktiserende læger orienteres jf. aftaler i SAM:BO.

Henvisningen er generisk, dvs. at den henvisende part beskriver patientens problemstilling, behov og ressourcer. Kommunikationen foregår elektronisk.

I aftaleperioden er målet, at hver kommune kun skal have én indgang for henvisning.

Vederlagsfri fysioterapi

Parterne ønsker at øge kvaliteten i den vederlagsfri fysioterapi ved at samordne indsatsen mellem almen praksis, kommuner og fysioterapeuter.

Erfaringer fra frikommuneforsøget vedr. vederlagsfri fysioterapi samt fra Region Syddanmarks samordningsprojekt for vederlagsfri fysioterapi inddrages i dette arbejde.

7.3.3 Samarbejde om rehabilitering på tværs af sektorer og forvaltningsområder

Med reformerne på arbejdsmarkedsområdet (kontanthjælpsreform, førtidspensions- og fleksjobreform samt sygedagpenge-reform) er der et stigende behov for en koordinering af forløb mellem forvaltninger og sektorer med udgangspunkt i en helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger. Reformerne på området forudsætter desuden udvikling af strukturerede samarbejder mellem kommunen og regionen om bl.a. sundhedsfaglig rådgivning og vurdering.

Indenfor førtidspensions-, fleksjob- og sygedagpengeområdet er der indgået samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og de syddanske kommuner om rådgivning og vurdering fra klinisk funktion og regionens sundhedskoordinatorfunktion i relation til rehabiliteringsteams.

På kontanthjælpsområdet har borgere, der har været indlagt i psykiatrien, ret til at få udpeget en mentor i jobcentret i forbindelse med udskrivning. De fælles arbejds gange skal nærmere aftales.

Det er et fælles mål, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet og kort ventetid til udredning, behandling, genoptræning eller rehabilitering. Formålet er blandt andet at gøre det samlede sygdomsforløb og eventuel forsørgelse med f.eks. sygedagpenge så kort som muligt.

En tidlig målrettet indsats og behandling kombineret med et effektivt sagsforløb skal nedbringe risikoen for, at syge borgere mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Det betyder, at der skal være et kontinuerligt fokus på optimering af ventetider i regionalt og kommunalt regi til gavn for blandt andet socialt og sundhedsmæssige udsatte grupper, der har stor risiko for tab af funktionsevne og/eller mestringsevne, som yderligere kan forværre deres helhedssituation.

Sammenhæng og helhedsperspektiv

Det er et fælles mål for parterne, at borgeren så hurtigt som muligt opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i sit hverdagsliv.

Såvel udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og -potentiale, udarbejdelse af evt. genoptræningsplan, samt sygehusets tidlige inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO er således afgørende for det videre rehabiliteringsforløb.

For at sikre resultater i samarbejdet om rehabilitering er det nødvendigt, at medarbejdere i kommuner, på sygehusene og de praktiserende læger har det samme billede af opgaven.

Parterne skal tage ansvar for deres del af borgerforløbet og understøtte, at borgeren efterfølgende kan mestre egen tilværelse - eventuel med en nedsat funktionsevne. Det forudsætter udvikling af en fælles tilgang, som bygger på en helhedsforståelse og på samarbejde inden for og på tværs af sektorer. Tværgående rehabiliteringsindsatser styrkes med udgangspunkt i en fælles samlet plan for rehabilitering.

Samarbejdet om rehabilitering skal koordineres med det arbejde, som pågår i regi af Udviklingsstrategi for det sociale område i Syddanmark.

7.3.4 Genoptræning og rehabilitering for psykiatriske patienter

Der igangsættes et arbejde med at afdække særlige udfordringer for psykiatriske patienter og deres adgang til genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser og kvaliteten af disse. På baggrund af denne afdækning igangsættes relevante initiativer.

7.3.5. Nedbringelse af ventetider

Der igangsættes et arbejde med at udrede årsager til ventetider på genoptræning med henblik på at udvikle metoder, herunder fælles sammenlignelige opgørelsesmetoder, og samarbejdsformer, der kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig ventetid.

7.3.6 Implementering af kliniske retningslinjer, herunder træning i stedet for operation

Kliniske retningslinjer

Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante fagprofessionelle i perioden 2012-2016 ca. 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR). Nationale kliniske retningslinjer skal bidrage til et evidensbaseret grundlag og sikre ensartet og høj kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering, herunder genoptræning og pleje. Herudover er det formålet at understøtte sammenhængende patientforløb, prioritering i sundhedsvæsenet og videndeling på tværs af sektorer og faggrupper. Retningslinjerne har således et tværfagligt og tværsektorielt fokus. Samtidig udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige visitationsretningslinjer på udvalgte områder, som præciserer henvisningskriterierne

Region, kommuner og praksisområdet indgår aftaler om implementering af NKR, der har konsekvenser for det tværsektorielle samarbejde. Parterne træffer beslutning om den konkrete arbejdsdeling på baggrund af de ændringer i hidtidige rutiner og arbejdsgange, som følger af den enkelte retningslinje.

I det omfang der af de kliniske retningslinjer fremgår indikatorer, der kan bruges til monitorering af implementering og målopfyldelse, indarbejdes indikatorerne i en registreringspraksis – når registreringen er IT-understøttet.

Træning i stedet for operation

En række kliniske retningslinjer anbefaler ikke-kirurgiske indgreb som første intervention. Disse sundhedsindsatser foregår oftest i primærsektoren og skal planlægges med et rehabiliterende sigte. Dette medfører en ændret visitationspraksis og arbejdsdeling mellem sygehuse, praksisområde og kommuner. For hver af disse retningslinjer skal der indgås aftaler om arbejdsdeling med henblik på at sikre høj kvalitet og sammenhængende forløb for den enkelte borger. Almen praksis' mulighed for at henvise til fysioterapi i praksissektoren indgår heri.

For yderligere at kvalificere arbejdet med træning fremfor operation vil regionen og kommunerne i fællesskab, og evt. i samarbejde med forskningsinstitutionerne, iværksætte forsknings- og udviklingsprojekter, der dels afdækker eksisterende viden og dels skaber ny viden om effekten af træning frem for operation.





8. Aftaler om specifikke målgrupper

Samarbejdet om specifikke målgrupper er som hovedregel beskrevet nærmere i selvstændige aftaler, som indgår som bilag til sundhedsaftalen.

8.1 Gravide og nyfødte

Tilknyttede underaftaler mv.

- Aftale vedr. samarbejdet om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet i Region Syddanmark
- Ammepolitik

8.1.1 Formål

Samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis skal medvirke til at sikre et trygt og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet gennem graviditet, fødsel og barsel. Det skal ske ud fra en helhedsorienteret tilgang – og med familien i centrum.

8.1.2 Udfordringer

Udfordringerne i samarbejdet om gravide og nyfødte handler om:

- Et tættere samarbejde mellem jordemødrene og den kommunale sundhedspleje
- En styrket IT-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde
- En øget indsats i forhold til tre målgrupper: gravide med særlige behov, forældre berørt af spædbarnsdød eller sen abort og patienter med fødselsdepression

8.1.3 Særlige indsatser i aftaleperioden

For at fremme en tidlig opsporing af risikofaktorer hos den gravide, den nyfødte og i familien, samt sikre, at der igangsættes de rette indsatser, skal der arbejdes med modeller for tættere samarbejde mellem jordemødre og den kommunale sundhedspleje, for eksempel gennem lokalfællesskab og fælles tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelse.

IT-understøttelsen af samarbejdet skal styrkes ved at:

- Implementere den elektroniske fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelsen
- Udvikle struktureret elektronisk kommunikation mellem neonatal/børneafdelinger og sundhedsplejen
- Udvikle indholdet i den elektroniske korrespondance mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje
- Udvikle en elektronisk svangre- og vandrejournal, som anvendes i kommunikationen mellem almen praksis, fødested (læger og jordemødre) samt den gravide.

Der skal med inddragelse af socialfaglige kompetencer indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov.

Herunder aftales fælles praksis omkring underretning og inddragelse af fødestedets personale i børnefaglige undersøgelser.

Der skal i forbindelse med de regionale tilbud om sorggrupper etableres samarbejde og netværksdannelse/erfaringsudveksling med de kommunale sundhedsplejersker, som arbejder med dødsfald i børnefamilier.

Parterne har et fælles ønske om at sikre tidlig opsporing og relevant behandling til mødre med en fødselsdepression. Det nuværende samarbejde mellem Psykiatrisygehusets afdeling i Vejle-Kolding og omkringliggende kommuner om opsporing og behandling af fødselsdepressioner evalueres forud for stillingtagen til eventuel udbredelse.

8.2 Børn og unge

Tilknyttede underaftaler mv.

- Regional samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område

8.2.1 Formål

Formålet med aftalen om børn og unge (0 til og med 17 år) er at understøtte samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis for at sikre et koordineret og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorerne til gavn for børn og unge samt deres familier.

8.2.2 Ny aftale for børn og unge

Der udarbejdes en aftale for børn og unge, som skal understøttes elektronisk. Aftalen skal have fokus på snitfladerne sektorerne imellem og dække hele børne- og ungeområdet dvs. såvel somatik som psykiatri.

Aftalen skal bl.a. indeholde følgende områder:

- Tidlig opsporing og forebyggelse af psykisk og somatisk sygdom
- Børn og unge med varigt nedsat funktionsevne
- Børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom
- Mental sundhed hos børn og unge
- Sammenhæng i overgang fra barn til voksen

8.3 Mennesker med senhjerneskade

Tilknyttede underaftaler mv.

- Tilpasnings- og implementeringsaftale vedr. forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark

8.3.1 Formål

Tilpasnings- og implementeringsaftalen vedr. forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark beskriver de generelle principper for opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Aftalen har til formål at understøtte høj kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og god kommunikation og koordination i tværgående forløb på hjerneskadeområdet.

Det er målet, at kvaliteten løftes inden for de givne økonomiske rammer gennem mere ensartede og strømlinede forløb og bedre/mindre personafhængig koordinering. Borgeren/patienten er i centrum og pårørende involveres ud fra deres individuelle behov for vejledning mv.

8.3.2 Tilpasnings- og implementeringsaftalen

Tilpasnings- og implementeringsaftalen er vigtig i forhold til at efterleve anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for personer med erhvervet hjerneskade.

It-understøttelsen af samarbejdet er en integreret del af tilpasnings- og implementeringsaftalen. Udviklingsarbejdet med it-understøttelse af samarbejdet har særlig fokus på rehabilitering. Som udgangspunkt anvendes principperne fra SAM:BO.

8.4 Mennesker med kronisk sygdom

8.4.1 Formål

Formålet er at sætte fokus på samarbejdet på de områder, hvor der er særlige udfordringer. Formålet er endvidere at sikre, at mennesker med kronisk sygdom aktivt inddrages i deres eget sygdomsforløb, således at de bedste betingelser for et selvstændigt og meningsfuldt liv udvikles.

I aftaleperioden skal der indgås en ny aftale om mennesker med kronisk sygdom.

8.4.2 Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom

For at kunne prioritere indsatser og vurdere behovet for ressourcer og kompetencer, evaluere og følge op på indsatserne er der behov for at have en fælles viden om patienterne. Det kræver fælles data for populationen af syddanskere med kroniske sygdomme, særligt for de patienter, som er fælles for mindst to sektorer.

Fælles data fås bl.a. via registrering og dokumentation af indsatserne. Med behovet for et mere ensartet, fælles datasæt på tværs af de tre sektorer følger behovet for mere ensartet dokumentationspraksis. På flere områder findes der allerede valide og sammenlignelige data, på andre områder bør der udvikles en mere ensartet registrering.

Aftalen skal have fokus på multisygdom, da det er en voksende udfordring for både patienter og sundhedsvæsen. Der er øget risiko for fejlmedicinering, indlæggelse og forhøjet dødelighed blandt de, som lever med to eller flere kroniske sygdomme - og der er særlige udfordringer for sundhedsvæsenet, der på tværs af sektorer og aktører skal koordinere og organisere patientforløbene.

Parterne har i 2014 igangsat et arbejde, der har til formål at udarbejde nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom.

Arbejdet indebærer bl.a., at den tværsektorielle strategi om kronisk sygdom fra 2008 og de nuværende patientforløbsprogrammer for diabetes type 2, kronisk hjertesygdom, KOL og rygområdet erstattes af en ny, forpligtende aftale, som inddrager:

- Erfaringerne fra arbejdet med patientforløbsprogrammerne fra sundhedsaftalen 2011-2014, bl.a. arbejdet med egenomsorgsbegrebet og stratificering
- Erfaringerne med tydelig opgavedeling, forpligtelse, systematisk implementering, fælles kompetenceudvikling og videndeling og klare kommunikationsveje fra samarbejdet om SAM:BO
- Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer
- De nationale kliniske retningslinjer vedr. kronisk sygdom
- Best practice
- Patient- og pårørendeinddragelse
- En tidligere inddragelse af det kommunale perspektiv på rehabilitering og generisk tilgang til dette
- Opmærksomhed på øget risiko for udvikling af psykiske lidelser hos mennesker med kronisk sygdom
- Øget opmærksomhed på multisygdom og udvikling af et fælles datasæt for populationen af mennesker med kronisk sygdom og en fælles, ensartet registreringspraksis

Udgangspunktet vil fortsat være, at den alment praktiserende læge er tovholder for mennesker med kronisk sygdom i behandlingsforløbet og har en udvidet og proaktiv rolle.

8.5 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser

Tilknyttede underaftaler mv.

- Strategi for forebyggelse og behandling af livsstils sygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark



8.5.1 Formål

Parterne anerkender, at man har en fælles opgave med at reducere den betydelige overdødelighed ift. den øvrige befolkning, som borgere med en psykisk lidelse har, bl.a. som følge af somatiske lidelser.

Den fælles målsætning for psykiatriske patienter med en eller flere somatiske lidelser er, at de skal sikres en forebyggende og behandlende indsats på niveau med den øvrige befolkning. Indsatsen skal bidrage til, at den enkelte borger får en passende forebyggende indsats og behandling for både de psykiatriske og de somatiske lidelser.

8.5.2 Tilrettelæggelsen af indsatsen

Når kommunerne og sygehusene tilrettelægger indsatsen, tages der udgangspunkt i den stratificeringsmodel, der aftales mellem parterne i forbindelse med fastlæggelsen af nye rammer for mennesker med kronisk sygdom. Denne stratificering danner grundlag for indsatsen. Almen praksis arbejder for at opspore, forebygge og behandle livsstilssygdomme for denne målgruppe.

Samarbejdet skal sikre en vedholdende, opsøgende og støttende indsats. Der skal tages udgangspunkt i den nyeste viden om gode samarbejdsmodeller, forløbskoordination, opfølgning på indsatser og videndeling.

8.6 Mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse

Tilknyttede underaftaler mv.

- Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug

8.6.1 Formål

Aftalens formål er at styrke samarbejdet og sikre bedre kvalitet, koordination og sammenhæng i forløb for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse.

8.6.2 Koordination og samarbejde

Parterne ønsker et kompetent og tillidsbaseret samarbejde om og med borgere med psykisk lidelse og misbrug. Det betyder, at parterne altid går ind i samarbejdet med en høj faglighed, og at vi møder hinanden ud fra en forventning om, at det, samarbejdspartneren beder om hjælp til, er vedkommende og relevant.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner er en del af grundlaget for samarbejdsaftalen, og implementeres sammen med aftalen. Her understreges, at den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede

eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Aftalen betyder, at kommunens misbrugscenter kan henvise til psykiatrisk afdeling. Kravene til henvisningen er nærmere beskrevet i aftalen. Endvidere omhandler aftalen, hvordan parterne samarbejder undervejs i forløbet.

For at styrke implementering iværksættes fælles videndeling og kompetenceudvikling. Der opstilles fælles mål i forbindelse med opfølgningen på aftalen og gennemføres tracerforløb.

8.7 Mennesker med demens

Tilknyttede underaftaler mv.

- Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet

Formålet med aftalen er at sikre, at demensudredning og behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

I de kommende år forventes der afledt af den aldrende befolkning, at der vil komme en øget efterspørgsel på demensbehandling mv. Det gælder både i regionalt regi og i forhold til en øget efterspørgsel på pleje i kommunerne.

Derfor er der indgået en særlig samarbejdsaftale for mennesker med demens. Aftalens målgruppe er ikke aldersafgrænset. Aftalen beskriver ansvarsområder og sektorovergange i demensindsatsen for dermed at sikre regionens borgere med demens eller demenssymptomer gode og sammenhængende forløb.

8.8 Den ældre medicinske patient

Tilknyttede underaftaler mv.

- Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient

Formålet er at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient, bl.a. med henblik på at reducere antallet af forebyggelige (gen-)indlæggelser og sikre gode sammenhængende og koordinerede patientforløb.

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet en national Handlingsplan for den Ældre Medicinske Patient.

Der er iværksat en regional udmøntning af planen. For indsatserne vedr. fælles regional-kommunal forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelsen er der udformet en aftale, der skal sikre, at den særligt svækkede ældre medicinske patient får intensiveret, personligt tilpasset og koordineret støtte til et sammenhængende patientforløb. Udgangspunktet for indsatsen er SAM:BO.

8.9 Mennesker med behov for kræftrehabilitering og palliation

Tilknyttede underaftaler mv.

- Implementering af 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 er der udarbejdet en fælles implementeringsplan for forløbsprogrammet.

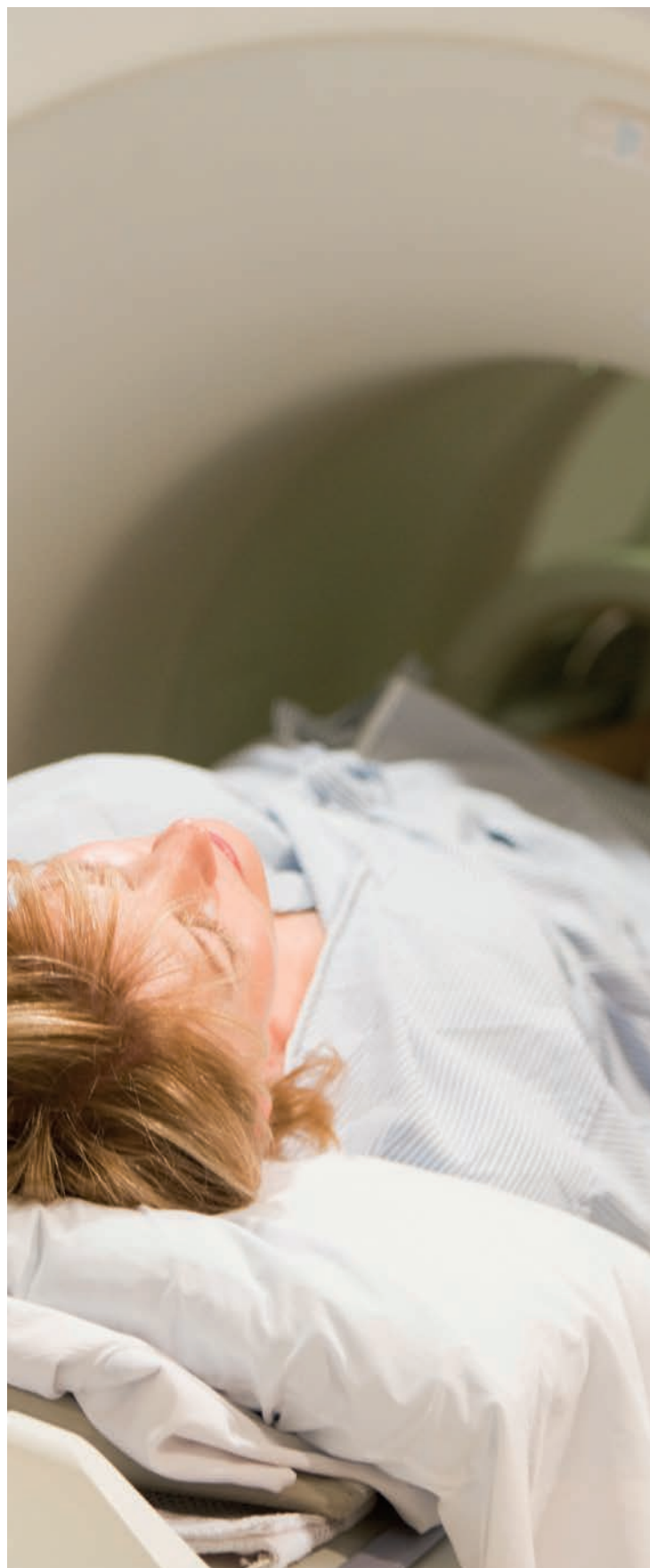
Målet med planen er, at den enkelte kræftpatient og dennes pårørende oplever sammenhæng og kvalitet i sundhedsydelser og tilbud. Herudover skal planen sikre sammenhæng med den indsats, der i øvrigt foregår på kræftområdet, herunder kræftpakkerne og den regionale samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende patienter.

I løbet af sundhedsaftaleperioden implementeres forløbsprogrammet i kommuner, almen praksis og på sygehusene. Almen praksis skal bidrage til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet i henhold til pakkeforløbene.

Kræftpatienten er den centrale beslutningstager i forløbet, i det omfang hun eller han har ressourcer hertil. Der skal i forløbet altid være fokus på den enkeltes behov, ønsker, ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation.

En behovsvurdering udarbejdes i dialog og samarbejde med patienten og evt. pårørende med henblik på systematisk identifikation af mulige rehabiliterings- og palliationsbehov. På baggrund af behovsvurderingen og den uddybende udredning udarbejdes i samarbejde med patient og evt. pårørende en fælles plan.

Samarbejdet om kræftforløb for børn og unge er særskilt beskrevet i implementeringsplanen for forløbsprogrammet.





9. Implementering

9.1 Organisering af samarbejdet

Den tværsektorielle organisering skal understøtte effektiv implementering af sundhedsaftalens indsatsområder og aftaler. Desuden skal den sikre repræsentativitet, tydelighed omkring ansvar og kompetence, klar opgavedeling og gennemskuelighed.

Organiseringen tilrettelægges omkring det overordnede politiske niveau, det fælles tværsektorielle strategiske niveau samt det lokale tværsektorielle ledelsesniveau.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Omkring hver sygehusenhed etableres lokale samordningsfora, som har det primære ansvar for den konkrete implementering af sundhedsaftalen.

Sundhedskordinationsudvalget

Sundhedskordinationsudvalget er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Region Syddanmark (kommunekontaktrådet) og almen praksis i regionen (PLO Syddanmark).

Sundhedskordinationsudvalget har til opgave at:

- Udarbejde udkast til sundhedsaftale efter § 205 i sundhedsloven
- Understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende sundhedsaftalen
- Følge og drøfte sundhedsaftalens praktiske gennemførelse. En gang årligt gennemgår udvalget aftalen og vurderer behovet for at revidere dens indhold
- Vurdere udkast til regionens sundhedsplan og bidrage med anbefalinger vedrørende sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet
- Informere sundhedskordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner

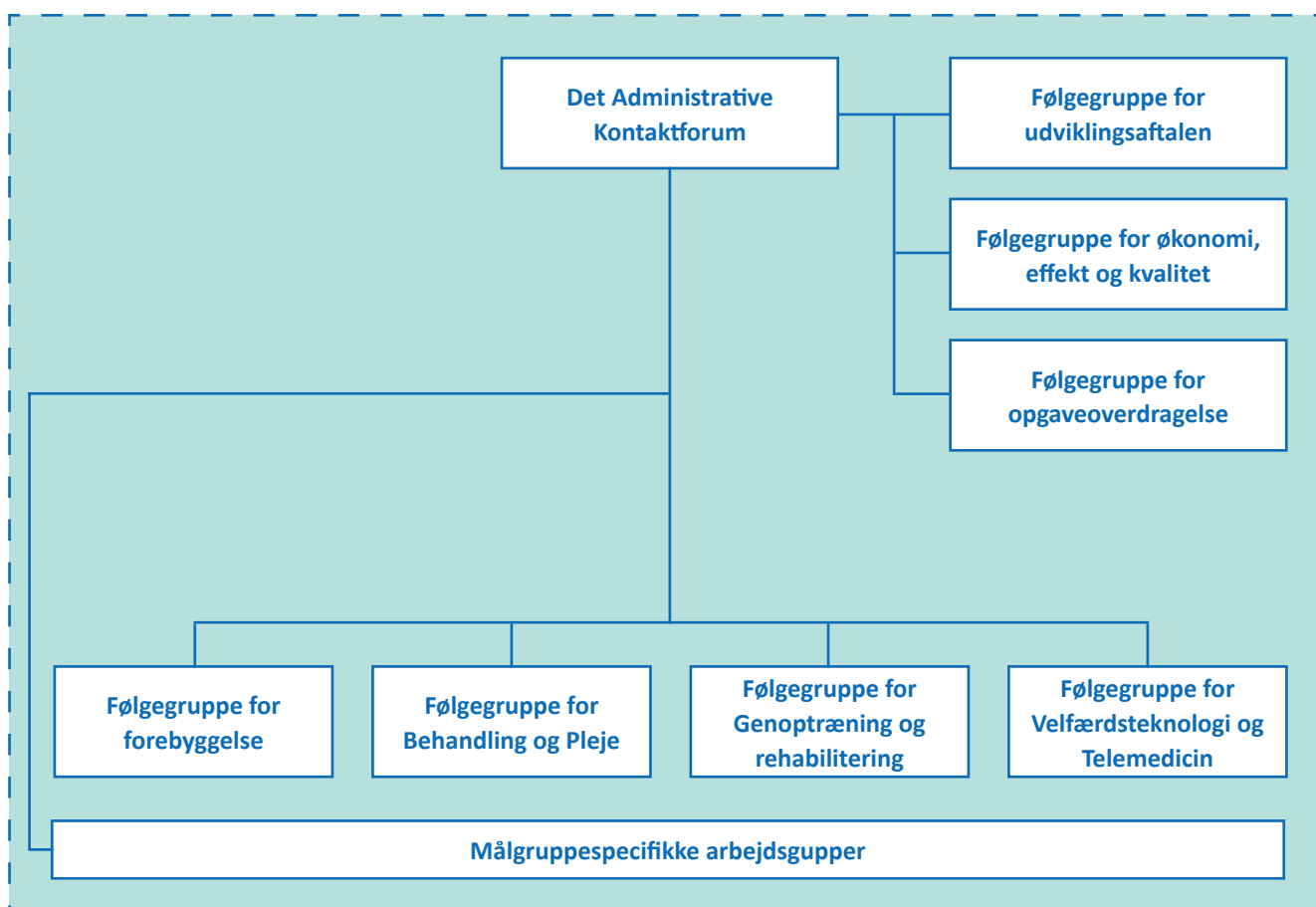
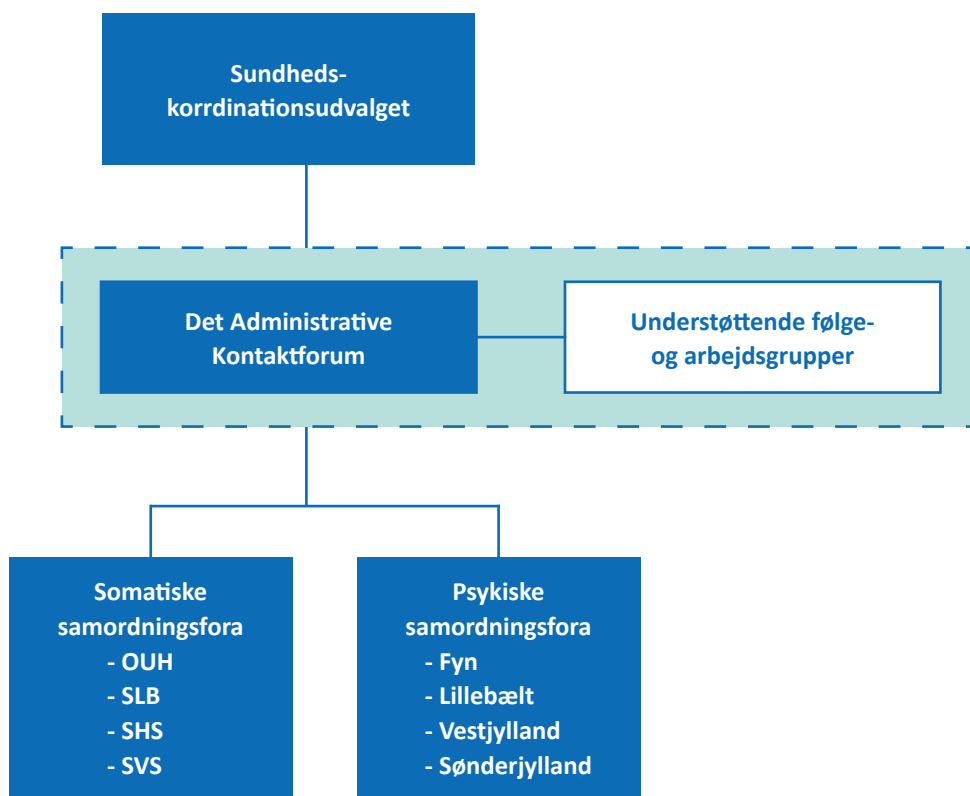
Sundhedskordinationsudvalget inddrager systematisk patientinddragelsesudvalget i regionen i drøftelserne af emner, der ligger inden for sundhedskordinationsudvalgets emneområde.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ på sundhedsaftaleområdet bestående af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter, herunder en repræsentant fra almen praksis. Sammensætningen af Det Administrative Kontaktforum skal sikre, at alle områder i sundhedsaftalen repræsenteres ved forummets deltagere.

Det Administrative Kontaktforum har til opgave at:

- Understøtte Sundhedskordinationsudvalget
- Koordinere sundhedsaftalearbejdet mellem parterne
- Sikre et effektivt og konstruktivt samarbejde på et strategisk niveau
- Sikre udvikling, implementering, opfølgning og evaluering af sundhedsaftalens initiativer og aftaler
- Etablere en understøttende administrativ organisering og sikre et tæt samarbejde med de etablerede ledelsessystemer
- Træffe beslutninger af principiel administrativ karakter inden for sundhedsaftalens rammer
- Sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet omkring sundhedsaftalen i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt eksterne samarbejdspartnere





Følge, arbejds- og ad hoc grupper

Under Det administrative Kontaktforum etableres følge-, arbejds- og ad hoc grupper, som understøtter forummets arbejde.

Følgegrupper nedsat i den forudgående sundhedsaftaleperiode fortsætter indtil ny organisering er etableret, og der er udpeget medlemmer til følgegrupperne i indeværende sundhedsaftale.

Der etableres en følgegruppe for hver af sundhedsaftalens obligatoriske områder. Desuden etableres en følgegruppe med ansvar for udviklingsaftalens indsatser, en følgegruppe vedr. økonomi, effekt og kvalitet og en følgegruppe vedr. opgaveoverdragelse og delegation. For hver af de i kapitel 8 opridsede målgrupper nedsættes en arbejdsgruppe med ansvar for implementering af aftalegrundlaget på målgruppens område. Dog etableres en samlet arbejdsgruppe for gravide og nyfødte og børn og unge. De målgruppenspecifikke arbejdsgrupper skal sikre løbende koordination med de fire følgegrupper på de obligatoriske områder.

For alle grupper udarbejdes kommissorier, som tydeligt fastlægger mandatet og opgaveafgrænsning. Ved bemanning af grupperne tages der hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegrupperne kan nedsætte faglige undergrupper til håndtering af et afgrænset problemfelt.

Den lokale implementeringsorganisation

Parternes formelle ledelsessystemer har ansvar for, at sundhedsaftalen implementeres i egen organisation. Implementeringen understøttes af de lokale samordningsfora.

Lokale samordningsfora

Det fælles samarbejde omkring den lokale implementering tilrettelægges og følges i lokale samordningsfora. Der etableres fire somatiske samordningsfora omkring de regionale sygehusenheders optageområder og fire psykiatriske samordningsfora.

For de sygehusenheder, som har specialer eller funktioner, som behandler patienter fra andre end de kommuner, der er omfattet af det lokale samordningsforum, skal der laves aftaler om, hvordan samarbejde omkring planlægning og implementering kan håndteres.

Samarbejdet mellem psykiatri og somatik

Der er i sundhedsaftalen særligt fokus på at sikre et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik og dermed også at sikre, at der etableres de relevante samordningsfora for at styrke dette samarbejde. Parterne er enige om, at der fortsat er behov for særskilte lokale samordningsfora omkring psykiatrien. Derfor etableres der fire lokale samordningsfora for psykiatrien, men

der vil i aftaleperioden være mulighed for at afprøve forskellige former for organisering på tværs af somatikken og psykiatrien. Vilklarene for dette aftales nærmere mellem parterne.

For at sikre, at der samarbejdes på tværs af somatikken og psykiatrien på relevante områder, aftales det, at der minimum én gang årligt afholdes et fællesmøde mellem de lokale somatiske og psykiatriske samordningsfora. Desuden er parterne ansvarlige for at sikre den nødvendige daglige og løbende koordinering jf. sundhedsaftalens indsatsområder og initiativer.

Opgaver

De lokale samordningsfora er det primære implementeringsorgan. De lokale samordningsfora har ansvaret for løbende at monitorere og afrapportere målopfyldelse jf. implementeringsplanen, og de skal igangsætte og justere initiativer og indsatser for at sikre, at politiske og administrative mål kan nås.

De lokale samordningsfora skal sikre løbende dialog og samarbejde mellem de tre sektorer om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne. I de lokale samordningsfora kan der indgås aftaler, som understøtter et hensigtsmæssigt lokalt samarbejde eller særlige driftsmæssige udfordringer, så længe der er tale om aftaler, der ligger inden for rammen af den fælles sundhedsaftale.

Konkret skal de enkelte samordningsfora bl.a.:

- Planlægge og koordinere implementeringen af sundhedsaftalen på de konkrete indsatsområder samt sikre, at parterne lever op til aftalernes grundlæggende formål og værdier
- Sikre sammenhængende patientforløb mellem de tre sektorer i henhold til aftalte initiativer og indsatser
- Følge samarbejdet mellem de tre sektorer løbende og evaluere de enkelte indsatser i sundhedsaftalen
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv. og koordinere kapacitet mellem kommuner og sygehuse
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver og implementerings- og opfølgingsprojekter
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet mellem de tre sektorer
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Medvirke ved den årlige revision af sundhedsaftalen

De lokale samordningsfora etableres på baggrund af ét kommissorium, som udarbejdes af Det administrative Kontaktforum. I forbindelse med nedsættelse af de lokale samordningsfora skal det sikres, at parterne stiller med repræsentanter, der har det nødvendige mandat og beslutningskompetence. Der kan

derudover lokalt indgås aftaler om nedsættelse af udvalg og arbejdsgrupper, herunder deltagelse, repræsentation og mødekadence. De lokale samordningsfora skal sikre, at der er repræsentanter fra relevante afdelinger og forvaltninger i det omfang, det er nødvendigt for at understøtte samarbejde, planlægning og implementering af sundhedsaftalen på lokalt niveau.

Spørgsmål om sundhedsaftalen af principiel karakter forelægges Det administrative Kontaktforum, som tager stilling til, om sagen skal forelægges sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter med henblik på en afgørelse.



9.2 Implementeringsplan

Der vil i starten af 2015 blive foretaget en prioritering af indsatserne.

Afsnit	Indsats	Ansvarlig	Tidsramme
Den politiske del (1-4)			
3.1	Der skal udarbejdes en plan for opfølgningen på de politiske målsætninger	DAK	
3.2	Opfølgning på målsætninger fra økonomiaftalerne 2015	DAK	
4.1	Primo 2015 udarbejdes en beskrivelse, hvor det præciseres, hvad der kendetegner projekter i udviklingsaftalen, hvordan de initieres, følges, og hvad kriterierne for nye projekter er	DAK	
4.2	Udarbejdelse af status på projekterne i udviklingsaftalen	Følgegruppe for udviklingsaftalen	
Den administrative del (5-10)			
5. Ramme			
5.1.6	Gennemgang af aftaler i tilknytning til sundhedsaftalen 2011-2014 med henblik på opdatering, revision eller afvikling	DAK	
6. Tværgående temaer			
6.1.6	Aftale om kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens §119-rådgivning	Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet	
6.2.2	Aftale om samarbejde om økonomi, aktivitet og koordinering	Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet	
6.2.4	Model og aftale for opgaveoverdragelse, herunder delegation	Følgegruppe for opgaveoverdragelse	
6.3.3	Strategi for velfærdsteknologi og telemedicin	Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin	
7.1 Forebyggelse			
7.1.4	Aftale om samarbejdet om patientuddannelser	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.4	Forskningsprojekt til udvikling og afprøvning af redskab til effekt-måling af patientuddannelse	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.5	Aftale om samarbejdet om ernæring	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.5	Aftale om infektionshygiejnisk forebyggelse	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.5	Aftale om faldforebyggelse	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.5	Aftale om forebyggelse forud for operation	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.5	Aftale om borgere med misbrug af rusmidler samt deres familier	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.1.6	Aftale om regionens rådgivning på forebyggelsesområdet	Følgegruppe for Forebyggelse	
7.2 Behandling og pleje			
7.2.2	Videreudvikling af SAM:BO	Følgegruppe for Behandling og pleje	
7.2.4	Aftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud"	Følgegruppe for Behandling og pleje	

7.2.5	Videreudvikling af casekataloget	Følgegruppen for Behandling og pleje	
7.2.6	Indsatser på lægemiddelområdet		
	Følgegruppe for Behandling og pleje		
7.2.6	Aftale om dosisdispensering	Følgegruppe for Behandling og pleje	
7.3 Genoptræning og rehabilitering			
7.3.2	Videreudvikling af snitfladekataloget	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
7.3.3	Fælles arbejdsgange mellem kontanthjælpsområdet og psykiatrien	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
7.3.4	Afdækning af særlige udfordringer for psykiatriske patienter og deres adgang til og kvaliteten af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, og iværksættelse af relevante initiativer	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
7.3.5	Udredning af årsager til ventetider på genoptræning med henblik på reduktion af u hensigtsmæssig ventetid	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
7.3.6	Aftale om arbejdsdeling vedr. kliniske retningslinjer om ikke-kirurgiske indgreb som første intervention	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
7.3.6	Forsknings- og udviklingsprojekter, der skaber ny viden om effekten af træning frem for operation	Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering	
8. Aftaler om specifikke målgrupper			
8.1.3	IT-understøttelse af samarbejdet på svangreområdet	Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin	
8.1.3	Aftale om gravide med særlige behov	Arbejdsgruppe vedr. børn og unge	
8.1.3	Samarbejde og netværksdannelse/erfaringsudveksling om spædbarnsdød	Arbejdsgruppe vedr. børn og unge	
8.2	Aftale om børn og unge	Arbejdsgruppe vedr. børn og unge	
8.4	Nye rammer for samarbejdet om mennesker med kronisk sygdom	Arbejdsgruppe vedr. mennesker med kronisk sygdom	

9.3 Den løbende opfølgning

Indsats	Ansvarlig	Kadence
Opfølgning på sundhedsaftalens politiske målsætninger	SKU	SKU's første møde i kalenderåret
Revision af sundhedsaftalen	SKU	SKU's andet møde i kalenderåret
Orientering om generelle forventninger til det kommende års aktivitet mv.	DAK	DAK's første møde i kalenderåret
Løbende vurdering af dataudveksling og koordinering af kapacitet	DAK	DAK's andet møde i kalenderåret

Sundhedskoordinationsudvalgets tematiske opfølgning på sundhedsaftalen

Ud over opfølgningen på sundhedsaftalens politiske målsætninger følger sundhedskoordinationsudvalget løbende op på sundhedsaftalens temaer, indsatsområder eller målgrupper. I øvrigt kan sundhedskoordinationsudvalget vælge at følge op på temaer i relation til sundhedssamarbejdet og de i sundhedsaftalen aftalte mål, når udvalget finder det relevant.



10. Bilagsoversigt

Emne: Sundhedsaftalen 2015-2018

- oversigt med links til tilknyttede underaftaler mv.

6. Tværgående temaer

Afsnit	Overskrift	Link
6.1	Regional vejledning - Utsigtede hændelser i sektorovergange.	http://regionsyddanmark.dk/wm361380

7. Obligatoriske indsatsområder

Afsnit	Overskrift	Link
7.2	SAM:BO.	http://regionsyddanmark.dk/wm348133
7.2	Fælles udskrivningsplanlægning	http://www.regionsyddanmark.dk/wm258038
7.2	Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende	http://www.regionsyddanmark.dk/wm338071
7.2	Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem	http://regionsyddanmark.dk/wm338072
7.2	Samarbejde mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr	http://regionsyddanmark.dk/wm338073
7.2	Samarbejdsaftale for anvendelse af praktisk hjælp og ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling	http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177
7.2	Casekatalog: Ansvarsfordeling for behandlingsredskaber og hjælpemidler.	https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/administration/behandlingsredskaber-og-hjaelpemidler/casekataloget/
7.2	Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område	http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm219445
7.2	Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser - oligofreniområdet.	http://regionsyddanmark.dk/wm455469#punktnavn3

7.2	Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	<i>Til godkendelse på SKU-mødet d. 17/12 2014</i>
7.3	Snitflade mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning (snitfladekataloget)	http://www.regionsyddanmark.dk/wm377475
7.3	Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm381692

8. Aftaler om specifikke målgrupper - side 50

Afsnit	Overskrift	Link
8.1	Aftale vedr. samarbejdet om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet i Region Syddanmark	http://www.regionsyddanmark.dk/wm403171
8.1	Ammepolitik	http://www.regionsyddanmark.dk/wm403137
8.2	Regional samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område	http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm317381
8.3	Tilpasnings- og implementeringsaftale vedr. forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark	http://www.regionsyddanmark.dk/wm434271
8.5	Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark	http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm376844
8.6	Fælles samarbejdsaftale for borgere med en psykiatrisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	http://regionsyddanmark.dk/wm455469#punktnavn6
8.7	Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet	http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm336724
8.8	Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient	http://www.regionsyddanmark.dk/wm436292
8.9	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	http://regionsyddanmark.dk/wm430928

OBS.: Links til aftalen 7.2 (retspsykiatri) forventes klar på psykiatriens hjemmeside medio januar 2015

