

Administrativ Sundhedsaftale

Region Midtjylland 2011-2014

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Administrativ aftale om indlæggelses- og udskrivesforløb.....	4
1. Målgruppe	4
2. Initiativer for at forebygge uhensigtsmæssige (gen) indlæggelser.....	4
3. Indsatsområder for indlæggelse	5
4. Indsatsområder for udskrivelse	6
5. Samarbejde om støtte til patienter i hjemme-posedialyse	8
6. Sundhedsberedskabsplan – og masseudskrivelser ved katastrofe	8
7. Organisering	9
Administrativ aftale om børn, unge og gravide	10
1. Målgruppe	10
2. Lovgivningsmæssige rammer	10
3. Aftaler for særlige indsatsområder	10
4. Sammenhængende indsats for social ulighed i sundhed – herunder indsats for sårbare gravide og familier	12
5. Særlige initiativer	14
6. Organisering på området	15
Administrativ aftale om træning.....	17
1. Målgruppe	17
2. Lovgivningsmæssige rammer	17
3. Aktører	17
4. Uddybning af de politiske målsætninger	17
5. Planlægning og kapacitet	18
6. organisering	18
Administrativ aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler	19
1. Målgruppe	19
2. Lovgivningsmæssige rammer	19
3. Arbejdsdeling mellem kommuner og region – afklaringskatalog	19
4. Planlægning og kapacitet	20
5. Organisering	21
Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse.....	24
1. Målgruppe	24
2. Lovgivningsmæssige rammer	24
3. Ansvars- og opgavefordeling	24
4. Indsatsområder.....	25
5. Udviklingsområder	31
6. Region Midtjyllands varetagelse af rådgivningsforpligtigelsen	31

7. Videndeling og sikring af sammenhæng mellem de regionale og kommunale sundhedsfremme og forebyggelsestilbud	33
8. Kvalitetssikring, udvikling og forskning	36
9. Definition af sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse	37
Administrativ aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom..	38
1. Målgruppe for aftalen	38
2. Koordinering mellem den sundhedsfaglige og den socialt- faglige indsats og koordinering i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse	38
3. Organisering af samarbejdet ift. mennesker med psykisk sygdom.....	39
4. Indsatsområder for voksenpsykiatri	40
Administrativ aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser	42
1. Målgruppe	42
2. Lovgivningsmæssige rammer og definition.....	42
3. Forudsætninger.....	42
4. Procedurer for rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange	43
Administrativ aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer.....	50
1. Målgruppe	50
2. Centrale begreber.....	50
3. Samarbejdsmodellen - retningslinjer ved konkrete opgaveoverdragelser	51
Bilag: Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag og plan for implementering og evaluering	53
Administrativ aftale om økonomi og opfølgning.....	57
1. Struktur for opfølgning	57
2. Gensidig orientering om nye tiltag	57
3. Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)	57
4. Organisering og sagsgang ift. evaluering af aftalen	60
5. Politiske målsætninger for Sundhedsaftalen	63
6. Eksempel på nøgletalsoversigt	70
7. Organisering af de enkelte delområder	71
Yderligere aftaleområder	72
1. Sundhedsaftaler på hjerneskadeområdet	72
2. Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitalet.....	72
3. Tandplejeområdet.....	72

Administrativ aftale om indlæggelses- og udskrivesforløb

Denne aftale om indlæggelse og udskrivelse er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i aftale om indlæggelse og udskrivelse.

1. Målgruppe

De primære aktører i samarbejdet om indlæggelse og udskrivelse er sundhedspersonale på hospitalerne og i kommunerne samt almen praksis.

2. Initiativer for at forebygge uhensigtsmæssige (gen) indlæggelser

2.1 Definition: uhensigtsmæssig indlæggelse

Sundhedsstyrelsen definerer en uhensigtsmæssig indlæggelse som: En patient, der akut bliver indlagt på et sygehus, fordi:

- Der ikke er tilbud i den kommunale sektor om en relevant indsats eller,
- At der mangler mulighed for en vurdering af patienten på et højt lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kan finde sted uden indlæggelse¹
- Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse har i efteråret 2010 udarbejdet en fælles definition på en uhensigtsmæssig indlæggelse gældende for hele regionen og som bruges ved det regionale og tværsektorielle opfølgingsarbejde

2.2 Initiativer

Følgende metoder anvendes blandt andet til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser:

- Øget inddragelse af sygeplejemæssige overvejelser i kommunerne, når indlæggelse af borgere overvejes (i tillæg til de lægefaglige overvejelser). For at sikre dette implementeres metoden I-S-B-A-R (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd). Klyngerne har ansvaret for implementeringen
 - Formål med implementering af I-S-B-A-R: At sikre højere kvalitet i kommunikation, når sygeplejemæssige observationer skal videreformidles til hospitalet. Metoden implementeres i de enkelte kommuner
- Der er udarbejdet en oversigt over subakutte tilbud samt telefonisk specialrådgivning på hospitalerne, som - udover de kommunale tilbud og de udadgående hospitalsfunktioner - også kan fungere som et alternativ til indlæggelse af patienter

¹ Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, s.29.

- Identifikation af "højrisikoudskrivelser" og igangsættelse af forebyggende indsatser ved fælles tværsektorielle og tværfaglige dialoger i de enkelte klynger. Udgangspunktet er et notat, der er udarbejdet af Region Midtjylland på baggrund af Sundhedsstyrelsens publikation om genindlæggelser hos ældre over 67 år inden for 11 udvalgte diagnoser²

3. Indsatsområder for indlæggelse

Delaftalen om indlæggelse har – ud over de generelle principper for håndtering af indlæggelsesforløb – fokus på patientgrupper med særlige problematikker, der opstår i forbindelse med indlæggelse. Det drejer om følgende:

- Palliativ indsats
 - I aftaleperioden 2011-2014 udarbejder arbejdsgruppen for den palliative indsats en tværsektoriel aftale for samarbejdet om den palliative indsats. Aftalen tager udgangspunkt i de eksisterende lokale samarbejdsaftaler og indeholder endvidere den udarbejdede kortlægning af åben indlæggelse
 - Arbejdet organiseres i arbejdsgruppen for den palliative indsats suppleret med kommunale og hospitalsrepræsentanter fra de somatiske klynger – Viborg, Silkeborg og Randers – samt med repræsentanter fra hospice. Temagruppen for sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivelse har ansvaret for arbejdsgruppen og dens arbejde
 - Kommissoriet for arbejdsgruppen godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget
- MRSA
 - MRSA (merticillinresistente stafylokok-aureus bakterier) kan medføre alvorlig sygdom, især hos i forvejen syge og svage personer. De procedurer og tilbud, som sundhedspersonalet skal være opmærksomme på ved MRSA, er aktuelle for både indlæggelses- og udskrivelsesforløb. Procedurerne herfor er indeholdt i den sundhedsfaglige aftale
 - Regionen vil tilbyde uddannelse af kommunale hygiejnenøglepersoner i hjemmesygeplejen og sundhedsplejen. Finansieringen sker som fælles skolebænk med deltagergebyr
- Personer med kommunikationsvanskeligheder, der bor på social institution og har fysisk og eller psykisk handicap
 - Ved hver indlæggelse afklares behovet for, om personale, der kender patienten, kan følge med på hospitalet og være der en del af tiden under indlæggelsen. Behovet for personaleledsager aftales således individuelt ved

² Sundhedsstyrelsen. Genindlæggelser af ældre i Danmark i 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009; 13(2).

indlæggelse. På de sociale institutioner, som afregnes via takster, er dette ofte indregnet i taksten

- Aftalen omfatter også personer med demens, som enten bor på plejehjem eller i eget hjem

4. Indsatsområder for udskrivelse

4.1 Kommunal forberedelsestid

Anvendelse af begrebet "kommunal forberedelsestid" i stedet for "varslingsfrister"

"Kommunal forberedelsestid" har vist sig at være et mere fyldestgørende og hensigtsmæssigt begreb end varslingsfrister, da formålet netop er, at kommunerne kan forberede hjemtagelse af patienten, hvis patienten efter udskrivelse visiteres til kommunale ydelser.

4.2 Ændring i typer af udskrivesforløb i forbindelse med kommunal forberedelsestid

Alle akutte patienter modtages på de fælles akutmodtagelser³. I de fælles akutmodtagelser vil der ske en bred og tværfaglig indledende og eventuelt endelig diagnostik og behandling for udskrivning eller overførsel til specialafdeling. Dette vil få som konsekvens, at over halvdelen af de akutte patienter er udredt og eventuelt behandlet med henblik på udskrivning inden for op til 48 timer.

Som følge heraf ændres typerne af udskrivesforløb. Udgangspunktet for de nye typer af udskrivesforløb er dels længden af patientens hospitalskontakt og dels hvilke kommunale ydelser, der skal leveres efter udskrivelsen, samt den kommunale forberedelsestid til disse. Overordnet er der følgende typer:

- **Type 1:** Kortvarige hospitalskontakter (f.eks. skadestue, ambulant behandling, dagbehandling, sammedagskirurgi og ophold i akutmodtageafdeling 1-2 døgn):
 - Under 24 timer
 - Op til 48 timer
- **Type 2:** Indlæggelse i stationær sengeafsnit med fokus på de kommunale ydelser, som skal leveres efterfølgende:
 - Sygeplejeydelser
 - Sociale serviceydelser (f.eks. praktisk hjælp, personlig pleje, hjælpemidler, genoptræning) og evt. i kombination m. sygeplejeydelser

For at understøtte det sammenhængende patientforløb betyder det:

³ Derudover modtages visiterede akutte medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg

- **For kommunerne:** Sikring af et akut beredskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske både dag, aften og nat og mulighed for opfølgning efter indlæggelse
- **For almen praksis:** Mulighed for hurtig opfølgning efter indlæggelse i akut modtageafdeling
- **For hospitalerne:** Sikring af almen praksis adgang til lægelige oplysninger ved udarbejdelse af udskrivesnotat/lægenotat samtidig med, at patienten udskrives fra akut modtageafdeling samt sikring af sygepleje-epikrise/notat til kommunerne, hvis borgeren efterfølgende visiteres til kommunale sygeplejeydelser

4.3 Ny definition af begrebet "færdigbehandlet patient"

Indarbejdelse af Sundhedsstyrelsens nye registreringsvejledning

Den nye definition lægger sig tæt op ad den uddybende sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet somatisk patient, som aftaleparterne i Region Midtjylland vedtog at arbejde efter i første generations sundhedsaftale.

Sundhedsstyrelsens definition på en "færdigbehandlet patient":

"En patient er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. [når] behandling er afsluttet eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten"

Definitionen er i forhold til tidligere udvidet med følgende: *"at sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten"*⁴.

Desuden understreger Sundhedsstyrelsen, at hospitalets administrative opgaver omfatter: *Evt. medicin og de hjælpemidler/behandlingsredskaber, som hospitalet er ansvarlig for, er klar til udlevering til patienten.*

4.4 Sammenhængen mellem færdigbehandlet og kommunal forberedelsestid

Hvor kommunen skal inddrages, aftales udskrivelsestidspunktet med kommunen således, at patienten er klar til at blive udskrevet den dag, patienten bliver registreret som færdigbehandlet.

Det betyder, at:

⁴ Sundhedsstyrelsens vejledning "Registrering af færdigbehandlede patienter", december 2009.

- Hospitalspersonalet i sin planlægning af udskrivelsen af den enkelte patient søger - i størst muligt omfang - at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet

MEN det betyder også, at:

- Det tidspunkt, patienten registreres som færdigbehandlet på hospitalet, ikke kan ændres, selv om det ikke stemmer overens med de kommunale forberedelsestider
- Patienten ikke kan blive på hospitalet, hvis vedkommende kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje, end forberedelsestiden foreskriver

4.5 Procedure for korrektion af fejlregistreringer vedr. færdigbehandlede patienter

I tilfælde, hvor kommunerne mener at have fundet fejl i afregningen, der modtages fra eSundhed, henvender de sig til det hospital, som fejlen vedrører. Procedurer for en eventuel korrektion af fejlregistrering vedrørende færdigbehandlede patienter findes på følgende link: _____

5. Samarbejde om støtte til patienter i hjemme-posedialyse

Region Midtjylland vil støtte op om hjælp til borgere, der ønsker og har mulighed for at være i hjemme posedialyse.

Nogle patienter klarer selv opgaven. Andre patienter har behov for hjælp til til- og fra-kobling af dialyseapparatet m.m. I de situationer træder personale fra kommunens hjemmepleje til. Region Midtjylland betaler kommunen for disse ydelser. Der afregnes en gang årligt.

Hver kommune får på årsbasis udbetalt et nærmere aftalt beløb pr. borger i posedialyse. Der modregnes betaling for de eventuelle dage, borgeren ikke modtager hjælp til posedialyse fra kommunen – herunder indlæggelse på hospitalet. Taksten reguleres løbende med prisudvikling og efter nærmere aftale mellem parterne.

Den gældende takst for 2007 er 120.000 kroner.

6. Sundhedsberedskabsplan – og masseudskrivelser ved katastrofe

Der er udarbejdet en aftale om samarbejde vedrørende planlægning af foranstaltninger, som sikrer syge og tilskadekomne personer nødvendig behandling i tilfælde af katastrofer og store ulykker.

Region Midtjylland har udarbejdet en rapport vedrørende det tværsektorielle samarbejde om sundhedsberedskabet i katastrofesituationer, hvor det er beredskabschefen, der igangsætter aftalen⁵.

7. Organisering

Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse er stående, og varetager dels opfølgning på delaftalen om indlæggelse og udskrivelse samt igangsættelse af de ovenfor nævnte initiativer.

Temagruppen består af:

- En kommunal repræsentant fra hver af de seks klynger
- Tre repræsentanter fra hospitalerne
- En repræsentant fra almen praksis
- To repræsentanter fra Region Midtjylland

Formandskabet er delt mellem region og kommuner. Sekretariatsfunktionen varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

⁵ Jf. Rapport fra arbejdsgruppe vedrørende samarbejdet mellem region og kommunerne om sundhedsberedskabet og Sundhedslovens § 210.

Administrativ aftale om børn, unge og gravide

Denne aftale er den administrative udmøntning af den politiske aftale om børn, unge og gravide.

1. Målgruppe

Denne delaftale omfatter primært gravide og spædbørn, herunder familiedannelse. De øvrige delområder i sundhedsaftalen dækker hele målgruppen børn, unge og gravide. Dette gælder særligt delaftalerne for indlæggelse og udskrivelse samt sundhedsfremme og forebyggelse.

Endvidere henvises der til afsnittet om sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til de overordnede rammer for ansvarsfordeling, koordination og dialog på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.

2. Lovgivningsmæssige rammer

- Bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3 (2010)
- Forebyggelse og sundhedsfremme – en vejledning til sundhedslovens §119 stk. 1 og 2 (2007)
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (2009)
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggende sundhedsydelser (under revision)

3. Aftaler for særlige indsatsområder

Der er udarbejdet:

- Aftale for sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med fødsel og
- Aftale om sammenhængende forløb ved udskrivelse af for tidligt fødte børn

Disse to aftaler er politisk udpeget til fortsat at være fokusområder.

3.1 Aftale for sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med normal fødsel

Regionen har i 2009 omlagt barselsomsorgen. Førstegangsfødende tilbydes indlæggelse på 48 timer efter fødsel (der er ingen tvungen udskrivelse mellem kl. 21-07), mens fleregangsfødende tilbydes indlæggelse to til seks timer efter fødslen. Omlægningen har øget behovet for en sammenhængende indsats i forbindelse med udskrivning i forbindelse med en normal fødsel.

3.1.1 Aftalens formål:

- At skabe sammenhæng og koordination i overgangen fra hospital til hjemmet
- At styrke familiedannelsen samt barnets trivsel
- At forebygge genindlæggelser

3.1.2 Arbejdsdeling

Det er aftalt, at:

- Fødestedet har ansvaret for den nyfødte og moderen efter udskrivelse indtil, familien har haft personlig kontakt/besøg af sundhedsplejersken. Dette sker senest 5-7 dage efter udskrivelsen. Fødestedet kan kontaktes alle dage hele døgnet
- Sundhedsplejen besøger/kontakter familien i den første uge efter udskrivelse (aftales lokalt)
- Ved ambulant fødsel kontakter fødestedet familien inden 24 timer efter fødslen
- Ved hjemmefødsel tilbydes to hjemmebesøg af jordemoderen
 - Første besøg inden 24 timer efter fødslen
 - Andet besøg aftales med familien efter behov og koordineres med sundhedsplejersken

Den nærmere opgavefordeling er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen.

3.2 Aftale for sammenhængende forløb ved udskrivelse af for tidligt fødte børn

3.2.1 Baggrund for aftalen

For tidligt fødte børn er mere sårbare end børn født til tiden og kan have en række fysiske, psykiske, sociale og sansemotoriske udfordringer. Endvidere har familier med for tidligt fødte børn oftere behov for omsorg og rådgivning. Hertil kommer, at socialt belastede gravide har en højere frekvens af for tidlige fødsler end ikke socialt belastede gravide.

Litteraturgennemgang viser, at ud af de 15-16.000 børn, der årligt fødes i Region Midtjylland, udgør 0,3 % ekstremt for tidligt fødte, meget for tidligt fødte udgør ca. 1 %, mens moderat for tidligt fødte børn udgør ca. 5 % af det samlede antal fødsler.

3.2.2 Aftalens formål

Aftalens formål er:

- At skabe sammenhæng i overgangen fra hospitalet til hjemmet
- At styrke samarbejdet mellem sundhedsplejen og neonatalafdelingen
- At medvirke til optimal udvikling og trivsel hos præmature børn og deres familier
- At forebygge genindlæggelser

3.2.3 Målgruppen

Målgruppen er familier med et for tidligt født barn (børn født før uge 37).

3.2.4 Arbejdsdeling

Aftalen beskriver samarbejdet mellem sundhedsplejen, neonatalafdelingerne i Region Midtjylland og almen praksis. Aftalens primære fokus er på overgangen fra hospital til hjemmet.

Det er aftalt, at:

- Sundhedsplejersken besøger familien på neonatalafdelingen, når barnet er stabil. *Målgruppe:*
 - Meget for tidligt fødte børn (børn født før uge 32)
 - Ekstremt for tidligt fødte børn (børn født før uge 28)
- Sundhedsplejerskens første besøg i hjemmet efter udskrivelse aflægges ca. 3-5 dage efter udskrivelse. Besøget er aftalt i forbindelse med planlægningen af udskrivelsen med henblik på at øge trygheden i familien
- Ved ekstremt for tidligt fødte børn, og ved behov børn født meget for tidligt, besøger familiens kontaktsygeplejerske på neonatalafdelingen og den kommunale sundhedsplejersken familien efter udskrivelse i et fælles besøg med ca. 3-4 uger efter udskrivelse. *Formål:*
 - Fælles støtte, rådgivning og vejledning for forældrene, samt videndeling mellem sygeplejerske og sundhedsplejersken

Den nærmere opgavefordeling er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen.

3.2.5 Videndeling og tværfagligt samarbejde

Der etableres et netværk i regionen med sygeplejersker og sundhedsplejersker med særlige interesser for familier med for tidligt fødte børn med henblik på videndeling og tværfagligt samarbejde på området. Der afholdes et temamøde om året.

Netværket arrangerer temadage og fælles skolebænk f.eks. i forhold til håndtering af sorg og kriser hos forældre, i relationsteori samt for tidligt fødte børns og deres familiers behov.

4. Sammenhængende indsats for social ulighed i sundhed – herunder indsats for sårbare gravide og familier

Sårbare gravide omfatter i denne aftale gravide med en række medicinske, psykologiske eller sociale problemstillinger. Disse problemstillinger kan medføre en øget risiko for komplikationer under graviditeten og familiedannelsen⁶.

⁶ Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen s. 28. Differentiering af svangreomsorgen opdeles i fire niveauer. Sårbare gravide vil i denne sammenhæng tilhøre niveau tre og fire.

Indsatsen overfor sårbare gravide indebærer et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor den gravides problemstillinger er af en kompleks karakter, og hvor der i mange tilfælde vil være behov for opfølgning efter fødslen.

Særligt sociale belastninger og social ulighed har betydning for graviditetens udfald. Børn i socialt belastede familier har således en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbørnsdød.

Inden for aftaleperioden (2011-2014) vil Temagruppen for børn, unge og gravide igangsætte arbejdet med udarbejdelsen af tillægsaftaler om:

- Opsporing af og samarbejde om sårbare gravide (se punkt 4.1)
- Samarbejde om regionalt familieambulatorium (se punkt 4.2)

4.1 Opsporing og samarbejde om sårbare gravide

For sårbare gravide skal indsatsen iværksættes så tidligt som muligt i graviditeten, og der skal være sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer. Der skal derfor inden for aftaleperioden udarbejdes en tillægsaftale med henblik på at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem region og kommuner.

Formål:

- At sikre sammenhæng og koordination
- At sikre systematisk opsporing af sårbare gravide

Aftalen vil beskrive en struktur for, hvordan fagpersoner samarbejder tværfagligt og tværsektorielt, når de identificerer sårbare gravide.

Temagruppen for børn, unge og gravide vil igangsætte arbejdet med udarbejdelse af tillægsaftale.

4.2 Aftale om samarbejde om familieambulatorium

På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 er der afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen.

Region Midtjylland etablerer i 2010 et familieambulatorium, der skal yde rådgivning, omsorg og intervention i forhold til gravide med et misbrug af alkohol eller andre rusmidler. Desuden skal familieambulatoriet følge børnene frem til skolealderen.

Samarbejdet om gravide med rusmiddelproblemer kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats. Kommunerne og Region Midtjylland er derfor enige om, at der skal udarbejdes en aftale, der klart og entydigt beskriver arbejdsgange og opgave- og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem familieambulatoriet, almen praksis og kommunen.

Der er nedsat en arbejdsgruppe med henblik på udarbejdelse af tillægsaftale for samarbejdet omkring familieambulatoriet. Aftalen forventes færdiggjort 3. kvartal 2010.

4.3 Sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere og deres familier

Tobaksrygning er en væsentlig årsag til komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel og har store konsekvenser for barnet. Tobaksrygning under graviditeten øger risikoen for lav fødselsvægt og for tidlig fødsel, ligesom dødeligheden blandt børn født af rygere er større.

Der er endvidere dokumentation for, at spædbørn, der udsættes for passiv rygning, har større risiko for at dø af vuggedød. Småbørn og spædbørn udsat for passiv rygning har endvidere større risiko for at udvikle luftvejsinfektioner f.eks. astmatisk bronkitis.

Der er fortsat behov for en særlig indsats til gravide, der ryger. For familiens videre sundhed og trivsel har det stor betydning, at rygestopindsatsen også følges op efter fødslen således, der bliver tale om en sammenhængende rygestopindsats.

4.3.1 Fælles strategi for en sammenhængende forebyggende indsats overfor gravide rygere og deres familier

Temagruppen for børn, unge og gravide iværksætter i 2011 en kortlægning af regionale og kommunale rygestoptilbud til gravide rygere og deres familier. Temagruppen udarbejder herefter forslag til en fælles strategi på området.

4.4 Sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt

Forekomsten af overvægtige børn og unge udgør en sundhedsmæssig udfordring. Overvægt hos gravide medfører en betydelig øget risiko for komplikationer for mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel. Barnet har endvidere på længere sigt øget risiko for udvikling af overvægt.

4.4.1 Fælles strategi for en sammenhængende forebyggende indsats overfor familier med overvægt

Temagruppen for børn, unge og gravide iværksætter i 2011 en kortlægning af regionale og kommunale tilbud til børn med overvægt og gravide med overvægt. Temagruppen udarbejder herefter forslag til en fælles strategi på området.

5. Særlige initiativer

Region og kommuner har i fællesskab udarbejdet:

- Aftale for sundhedsplejersketelefon
- 22 forældrevejledninger

Initiativerne skal fortsat implementeres og udbredes i denne aftaleperiode.

5.1 Sundhedsplejersketelefonen

Som et samarbejdsprojekt er der i Region Midtjylland etableret en sundhedsplejersketelefon. Sundhedsplejersketelefonen er en fælles telefonrådgivning, som småbørnsforældre kan kontakte, hvis der opstår akutte problemer, hvor der er behov for vejledning og rådgivning af en sundhedsplejerske.

Sundhedsplejersketelefonen er åben fredag, lørdage, søndage og helligdage i tidsrummet 17-20, og bemandes med sundhedsplejersker ansat i en af kommunerne i Region Midtjylland.

Sundhedsplejersketelefonen er et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland og kommunerne: Favrskov, Hedensted, Horsens, Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs og Viborg.

Århus Kommune er ikke med i aftalen og viderefører egen telefonordning.

5.1.1 Forsøgsordning

Sundhedsplejersketelefonen har været en 2-årig forsøgsordning. Evalueringen af ordningen har vist, at den benyttes og, at der er stor brugertilfredshed. Ordningen gøres nu permanent.

5.1.2 Drift

Udgiften til sundhedsplejersketelefonen deles ligeligt mellem Region Midtjylland (50 %) og kommunerne (50 %). Kommunerne deler udgiften efter fødselstallet.

Rapport om sundhedsplejersketelefonen i Region Midtjylland kan hentes på:
www.sundhedsplejersketelefonen.dk

5.2 Forældrevejledninger

For at forebygge indlæggelser på børneafdelingerne og for at give ensartede vejledninger når forældre kommer i kontakt med sundhedsplejersker, praktiserende læger, vagtlæger og personalet på børneafdelinger, er der udarbejdet forældrevejledninger på 22 sygdomsområder.

Anvendelsen af forældrevejledningerne skal i nærværende aftaleperiode udbredes til hele regionen.

6. Organisering på området

Temagruppen for børn, unge og gravide har til opgave:

- At udarbejde aftaler på området for børn, unge og gravide, herunder at følge op på aftalerne

- At igangsætte arbejdet med at udarbejde aftaler for de særlige indsatsområder, der er prioriteret i denne aftale, eller aktuelle områder, hvor der blandt parterne er enighed om behovet for en aftale
- At nedsætte undergrupper, hvor det er nødvendigt, med henblik på at udarbejde en aftale på et specifikt område

Temagruppen er stående og er sammensat af følgende repræsentanter:

- Fem repræsentanter fra hospitalsenhederne
- En kommunal repræsentant fra hver af de seks klynger (somatisk)
- En repræsentant fra almen praksis
- Tre repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde

Formandskabet er delt mellem region og kommune. Sekretariatsfunktionen varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde.

Der er endvidere nedsat et fødeplanudvalg jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorg.

Administrativ aftale om træning

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen om træning.

1. Målgruppe

Træningsaftalen omfatter alle borgere/patienter – børn og voksne - der efter udskrivelse fra hospital har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Det omfatter:

- Patienter, der har modtaget behandling på et offentligt hospital
- Patienter, der har modtaget offentligt finansieret behandling på et privathospital/-klinik - f.eks. som led i det udvidede frie sygehusvalg
- Patienter, der har modtaget behandling for egen regning og derefter har været henvist til et offentligt hospital til vurdering af genoptræningsbehov

2. Lovgivningsmæssige rammer

Sundhedslovens § 84, 140 og 251 danner ud over bestemmelserne i Sundhedslovens § 205 rammerne for aftalen på træningsområdet. Lovgivningen udmøntes i Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus samt i Vejledning af december 2009 om træning i kommuner og regioner.

3. Aktører

De aktører, der skal kende til aftalen og medvirke til aftalens implementering, er:

- Læger, ergoterapeuter og fysioterapeuter på hospitalerne, som behandler patienten, og som efterfølgende finder et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Herunder også sundhedspersoner på private hospitaler, når disse varetager offentligt finansieret behandling
- Ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre faggrupper, som er tilknyttet afdelinger i regionen, i kommunerne og ved private leverandører, der genoptræner patienten
- Almen praksis. Almen praksis har ikke en direkte rolle i forhold til genoptræningsforløbene, men kan have en indirekte rolle som tovholder i genoptræningsforløbene

4. Uddybning af de politiske målsætninger

Målsætningen: *Aktivitetsniveauet på genoptræningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland svarer til landsgennemsnittet. Såfremt der er afvigelser, analyseres disse med henblik på at vurdere, begrunde og eventuelt udjævne forskelle.*

- Ud over de opstillede målepunkter i den politiske del vil temagruppen for træning påbegynde en proces for udarbejdelse af brugbare data og målsætninger for ventetid og almindelig ambulant genoptræning

Målsætningen: *Genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende, således at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning.*

- Er en genoptræningsplan ikke udfyldt fyldestgørende, kan det pågældende hospital kontaktes telefonisk, eller genoptræningsplanen kan sendes tilbage med henblik på en skriftlig afklaring af tvivlsspørgsmål

Målsætningen: *Sikring af udvikling på genoptræningsområdet og fastholdelse af samarbejdet sektorerne i mellem.*

- Det vejledende snitfladekatalog vedrørende almindelig og specialiseret ambulant genoptræning er fortsat et redskab i samarbejdet mellem region og kommuner på genoptræningsområdet.
- I relation til arbejdet med børneområdet skal bestemmelserne om vederlagsfri fysioterapi inddrages i bestræbelserne på at skabe sammenhængende patientforløb for børn.

5. Planlægning og kapacitet

- Regionen varsler kommunerne i tilfælde af en aktivitetsøgning, f.eks. et øget antal operationer
- Regionen varsler kommunerne, hvis der sker ændringer i behandlingsformer eller andet, som har afledte virkninger på genoptræningsområdet. Regionen igangsætter undervisning i forbindelse hermed
- Kommunen varsler regionen ved organisationsændringer eller besparelser, der kan få konsekvenser for regionen

Varslingsfristen er som udgangspunkt seks måneder. Andre varslingsfrister kan aftales lokalt. Større ændringer i den regionale struktur, specialeplanlægning etc. viderekommunikeres/sendes i høring på regionalt plan.

6. organisering

Temagruppen for træning er stående og er sammensat af følgende repræsentanter:

- Tre repræsentanter fra hospitalsenhederne
- En kommunal repræsentant fra hver af de seks klynger (somatisk)
- En repræsentant fra almen praksis
- En repræsentant fra praktiserende fysioterapeuter
- Tre repræsentanter fra Region Midtjylland
- To sekretærer – en kommunal og en regional

Formandskab og sekretariatsfunktion er delt mellem region og kommune.

Administrativ aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

1. Målgruppe

Målgruppen er somatiske og psykiatriske patienter og borgere.

2. Lovgivningsmæssige rammer

Opgavefordelingen mellem kommuner og region på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler er reguleret ved Sundhedsloven, herunder Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet nr. 149 af 21. december 2006, Lov om social service, Bekendtgørelse om hjemmesygepleje og Arbejdsmiljøloven.

3. Arbejdsdeling mellem kommuner og region – afklaringskatalog

Som en udmøntning af første generation af sundhedsaftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler har Region Midtjylland og alle 19 kommuner i regionen udarbejdet et vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Afklaringskataloget er drøftet og godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget i 2009.

Afklaringskataloget er først og fremmest udarbejdet til afklaring af ansvarsfordeling mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler. Det udgør derfor en væsentlig del af aftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler. Delaftalen vil derfor i vidt omfang henvise til formuleringer i Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Afklaringskataloget er udformet som en opslagsbog for personale på hospitaler og i kommuner. Kataloget er dynamisk, hvorfor det løbende kan udbygges med beskrivelser samt relevante værdier, principper og anke- og nævnsafgørelser.

Afklaringskataloget findes på Region Midtjyllands hjemmeside – www.hjaelpemidler.rm.dk – LINK til afklaringskatalog.

3.1 Formål med afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber

Afklaringskataloget er udarbejdet med følgende formål:

- At bidrage til en afklaring af arbejdsdelingen mellem region og kommune for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler til såvel varigt som til midlertidigt brug
- At fremme samarbejdet mellem parterne gennem en præcisering og en bedst mulig fælles forståelse af lovgivningen på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler
- At dialogen mellem parterne om afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber tager udgangspunkt i afklaringskataloget. Dette skal sikre, at patienten får stillet de nødvendige hjælpemidler/behandlingsredskaber til rådighed

3.2 Afklaringskatalogets opdeling

Afklaringskataloget er opdelt på følgende måde:

- Værdier for samarbejdet
- Uddybning og tolkning af Afgrænsningscirkulære nr. 149: præcisering af opgavefordeling mellem region og kommuner – arbejdsdelingen er præciseret efter de fem kategorier af behandlingsredskaber og hjælpemidler i Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet:

- 1) Behandlingsredskaber
- 2) Hjælpemidler og forbrugsgoder
- 3) Plejehjælpemidler
- 4) Hjælpemidler/redskaber i forbindelse med genoptræning
- 5) Hjælpemidler i øvrigt

I den forbindelse er der i afklaringskataloget indgået en række samarbejdsaftaler for at præcisere ansvarsfordelingen på området yderligere (jf. afklaringskatalog s. 10-12). Begrebet samarbejdsaftale benyttes i afklaringskataloget om en aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen

- Ansvarsfordeling ved konkret udvalgte behandlingsredskaber/hjælpemidler herunder: beskrivelse af behandlingsredskabet/hjælpemidlet, myndighedsvurdering, udlevering og instruktion samt vedligeholdelse og reparation

3.3 Dialog om udmøntning af arbejdsdelingen

Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber udbygges løbende. Dialogen vedrørende afklaringskataloget foregår i Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet og i klyngerne. Problemstillinger, forslag til ændringer mv. indsendes til Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet.

4. Planlægning og kapacitet

Planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter sikres på følgende måde: Med mindre andet er aftalt lokalt er det den enkelte myndighed, der er ansvarlig for at sikre kapaciteten i eget hjælpemiddeldepot.

4.1 Ændringer i kapacitetsbehov

Parterne er gensidigt forpligtede til at holde hinanden orienteret om væsentlige ændringer, der påvirker den anden parts kapacitet. Hospitalet kan eksempelvis øge aktiviteten, hvorfor der udskrives flere patienter med behov for hjælpemidler end normalt. I disse situationer er det derfor vigtigt at sikre, at parterne koordinerer deres kapacitet. Der er en løbende dialog mellem personale på hospital og kommunalt ledende terapeuter for at sikre planlægning og styring af kapaciteten i disse særlige behovstilfælde.

Ændringer i kapacitetsbehov dagsordenfastsættes ligeledes på klyngemøderne, når det er relevant.

5. Organisering

5.1 Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet

Med første generation af sundhedsaftalen er der nedsat et centralt tværsektorielt samarbejdsråd på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler mellem regionens 19 kommuner, hospitalsenhederne og Regionalt Sundhedssamarbejde i Region Midtjylland.

Det Regionale Samarbejdsråds medlemmer består af:

- En kommunal repræsentant fra hver af de seks klynger (somatik)
- Fire repræsentanter fra hospitalsenhederne
- Tre repræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde), som varetager sekretariatsfunktion

Formandskabet er delt mellem kommune og region. Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet refererer til Sundhedsstyregruppen.

Det Regionale Samarbejdsråds kommissorium/opgaver:

1) Opgavevaretagelse på det operationelle niveau:

- Afklaring af lokale/regionale tvister vedr. tolkning af Afgrænsningscirkulære nr. 149 og hermed Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Løbende udvikling og opdatering af Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Håndtering af henvendelser fra klyngerne vedrørende afklaringskataloget
- At følge udviklingen på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber

2) Opgavevaretagelse på det strategiske niveau:

- Varetagelse af den overordnede opfølgning på aftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Overordnet regional drøftelse af den lokale planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter

- Inspirationsforum for udvikling af kompetencer hos involveret personale i primær og sekundær sektor (fælles skolebænk)
- At følge den decentrale implementering af sundhedsaftalen ved medlemmernes tilbagemelding fra de lokale klynger
- At udarbejde en undersøgelse af processer/overgange mellem hospital og kommune på området vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber for at sikre opfølgning på kommunikation mellem region og kommuner på området. Undersøgelsen skal indeholde følgende:
 - En undersøgelse af koordinationen mellem kommunale visitatorer og hospitalsterapeuter
Herunder en undersøgelse af sager, der illustrerer:
 - Hvad gik galt?
 - Hvilke hjælpemidler/behandlingsredskaber drejer det sig typisk om?
 - Hvad er omfanget?
 - Hvilke steder i systemet går det typisk galt?
 - En undersøgelse af interessante overgange på klyngeniveau. Denne opfølgning løftes af den etablerede lokale samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Klyngerne rapporterer til Rådet, som samler op

Det Regionale Samarbejdsråd mødes minimum fire gange årligt og ad hoc ved presserende uenigheder af tolkning af afgrænsningscirkulæret, herunder afklaringskataloget.

Medlemmerne er forpligtede til at holde de lokale styregrupper orienterede om Rådets arbejde for at sikre sammenhæng mellem den lokale klyngesamarbejdsstruktur og det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet.

5.2. Lokal samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber i klyngerne

En af de politiske målsætninger for aftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler er at etablere en lokal samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber i alle klynger. Dette sker for at sikre implementering af og opfølgning på aftalen. Grupperne har blandt andet til opgave at sikre opfølgning på kvaliteten af leveringstider og hjælpemidlernes/behandlingsredskabernes funktion.

Opfølgning på de politiske målsætninger håndteres i delaftalen om økonomi og opfølgning.

5.3. Særlig organisering på høreområdet

Region Midtjylland og de 19 kommuner har nedsat et fast samarbejdsorgan mellem kommuner og region på høreområdet – Samarbejdsorganet på høreområdet.

Samarbejdsorganet er sammensat af:

- En kommunal repræsentant for hver af de seks klynger

Administrativ aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

- Syv repræsentanter for de tre høreklivnikker/hospitaler
- Fire repræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde og Børn, Unge og Specialrådgivning)

Samarbejdsorganet har til opgave:

- At drøfte faglige og administrative retningslinjer
- At drøfte uklarheder og uhensigtsmæssigheder i arbejdsdelingen mellem parterne, herunder drøfte Socialministeriets vejledninger m.v.
- At aftale udveksling af faglige og aktivitetsmæssige oplysninger, herunder oplysninger vedrørende høreapparater, ørepropper m.v.
- Løbende at evaluere den beskrevne sagsgang, og drøfte/foreslå tiltag til effektivisering

Samarbejdsorganet har udarbejdet en håndbog for samarbejdet om sagsgange ved behandling af høreapparater til brug for personale på audiologiske afdelinger og kommunale sagsbehandlere/visitatorer – link til håndbogen.

Der afholdes møder ca. to gange årligt.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen for sundhedsfremme og forebyggelse – herunder patientrettet forebyggelse.

1. Målgruppe

Målgruppen for denne aftale er alle borgere, børn såvel som voksne, der har behov for sundhedsfremmende og forebyggende ydelser. Mennesker med kronisk og langvarig sygdom, herunder mennesker med psykisk sygdom, er en særligt prioriteret målgruppe, da de ofte gennemgår forløb, hvor de både kommer i kontakt med almen praksis, hospital og kommune. Derfor er det nødvendigt med en særlig koordinering mellem sektorerne i forhold til denne gruppe.

2. Lovgivningsmæssige rammer

Efter sundhedslovens § 119 er sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag,¹ herunder den patientrettede forebyggelse, et delt ansvar mellem region og kommuner.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis, samt etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats.

3. Ansvars- og opgavefordeling

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

Fordelingen af arbejdsopgaver mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen i forhold til den patientrettede forebyggelse sker på baggrund af en vurdering af patientens sygdomsgrad og behov. I forløbsprogrammerne for KOL, Type 2 Diabetes og Akut Koronart Syndrom (AKS) er der tillige angivet stratificeringskriterier. Forløbsprogrammerne kan findes på <http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom>

3.1 Region Midtjylland

Region Midtjylland er ansvarlig for den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, der er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner.

Region Midtjylland varetager rådgivningsforpligtelsen overfor kommunerne gennem forskellige overbliksskabende initiativer, ved specialiseret rådgivning og undervisning, samt ved at understøtte samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen generelt. Region Midtjyllands varetagelse af rådgivningsforpligtelsen er nærmere beskrevet i afsnit 6.

3.2 Kommuner

Kommunerne skal tilbyde opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter. Den tværdiagnostiske patientuddannelse har fokus på KRAM-faktorerne samt mestring af livet med kronisk sygdom. Kommunerne har særligt gode muligheder for at støtte op om og tage hånd om de psykosociale aspekter, herunder inddragelse af patienternes hverdagsliv. Dette understøttes af, at kommunernes indsatser koordineres mellem forvaltningsområderne.

Kommunerne er endvidere ansvarlige for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

3.3 Almen praksis

Almen praksis har en væsentlig rolle ved tidlig opsporing samt identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer. Almen praksis skal informere patienten om og henvise til relevante kommunale og regionale forebyggelsestilbud og sikre sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelse af såvel sygdomsspecifik som tværgående karakter. Almen praksis har en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med kommune og hospital, ikke mindst for ressourcetsvage patienter. Almen praksis har desuden en særlig opgave med at være tovholder i forhold til det samlede behandlingsforløb for patienter med kronisk sygdom.

4. Indsatsområder

For at nå de overordnede målsætninger for denne aftaleperiode er der på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet udvalgt følgende indsatsområder:

- Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM-faktorer)
- Mennesker med kroniske sygdomme
- Lighed i sundhed
- Børn, unge og gravide

Der er indgået en særskilt aftale i forhold til sidstnævnte.

4.1 KRAM-faktorer

De lokale sundhedsaftaler kan indeholde aftaler om den konkrete arbejdsdeling vedr. indsatserne i forhold til KRAM-faktorerne. Aftalerne indgås med henblik på at tilbyde en sammenhængende indsats.

Det er aftalt, at en sammenhængende forebyggelsesindsats overfor rygning har højeste prioritet i denne sundhedsaftaleperiode.

Jf. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal der i forbindelse med akkrediteringen på hospitalerne foretages systematisk screening af patienter i forhold til kost, rygning, alkohol og motion samt sociale faktorer.

Der skal foreligge retningslinjer for ansvars-/opgavefordeling på hospitalet og mellem sektorer og retningslinjer for, hvordan den sundhedsmæssige risikovurdering og opfølgningen heraf formidles til aktører senere i patientforløbet. Primært til den alment praktiserende læge (epikrise) og hjemkommunen.

4.2 Mennesker med kronisk sygdom

Sundheden og livskvaliteten for mennesker med kronisk sygdom skal optimeres ved at styrke den samlede indsats gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings-, rehabiliteringsindsats og sundhedsfremmeindsats. Samtidig er det et mål i videst muligt omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår og forebygge yderligere sygdomme i at opstå.

Region Midtjylland har udarbejdet en vision og strategi for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom⁷ samt et notat omhandlende kommunernes rolle ved en forbedret indsats⁸.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at vision- og strategipapiret samt notatet udgør grundlaget for en fortsat udvikling af samarbejdet mellem kommunerne, almen praksis og Region Midtjylland med henblik på at opnå bedre sammenhæng i ydelser og forløb i forhold til mennesker med kronisk og langvarig sygdom.

Link: www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom

⁷ Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats, Region Midtjylland, november 2007

⁸ "Tanker om kommunernes rolle ved en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom, Region Midtjylland, oktober 2007

4.2.1 Aftaler om sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom

Kommunerne og regionen har i 2010-2012 modtaget midler fra Pulje under Indenrigs- og Sundhedsministeriet (tidl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) vedrørende en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Midlerne skal anvendes til omstilling og implementering af en forbedret indsats for mennesker med kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer og patientuddannelse.

Forløbsprogrammer

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for Type 2 Diabetes, Kronisk Obstruktiv Lunge sygdom (KOL), og Akut Koronart Syndrom (AKS) og igangsat udarbejdelse af et forløbsprogram for muskel- og skeletlidelser.

De tre udarbejdede forløbsprogrammer implementeres gradvist i regionen. Der indgås lokale aftaler om implementeringen og opgavedelingen i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne.

Kronikerkompasset

Af de ovenfor nævnte puljemidler afsættes der midler til et omstillingsprojekt i almen praksis, kaldet "Kronikerkompasset". Indsatsen i almen praksis er afgørende for den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom, da almen praksis forventes at påtage sig rollen som tovholder for patientens samlede forløb. Almen praksis er den vigtigste part i opsporingen og udredningen af borgere med kronisk sygdom. I kraft af opsporingen og udredningen bidrager de praktiserende læger til en prioritering af hvilke borgere, der har behov for et regionalt og/eller et kommunalt tilbud. Udredningen baseres bl.a. på Dansk Selskab for Almen Medicin's (DSAM) anbefalinger (kliniske vejledninger), som forløbsprogrammerne også er baseret på.

Tovholderfunktionen forudsætter, at praksis er proaktiv, har overblik over det samlede forløb for patienter med kronisk sygdom samt viden om den indsats og de tilbud, der er i kommunerne og på hospitalerne. Hermed skal det også sikres, at patienten bliver behandlet det rette sted i sundhedsvæsenet (hospital, almen praksis, kommune), herunder at patienter, der kun i begrænset omfang har brug for behandling, sikres mulighed for egenbehandling. Kronikerkompasset, andre projekter under puljen samt samling af kommunale og regionale tilbud på www.praksis.dk understøtter indsatsen i almen praksis.

4.2.2 Aftaler om patientuddannelse til mennesker med kronisk sygdom

Mennesker med kronisk sygdom skal tilbydes patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så velkvalificeret egenomsorg som muligt. Dette skal sikres gennem patientuddannelsesstilbud af høj kvalitet og med mulighed for differentiering i forhold til den enkeltes behov, ressourcer og vilkår.

Patientuddannelse kan opdeles i to kategorier:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse og
- Tværdiagnostisk patientuddannelse

Se definition i afsnit 9.

Det er primært regionen, der har ansvaret for at udbyde den sygdomsspecifikke patientuddannelse, og kommunen, der har ansvaret for at udbyde den tværdiagnostiske patientuddannelse (se afsnit 3 om arbejdsdeling). Parterne kan dog lade egne opgaver varetage af andre. Vælger regionen eller kommunen at lade andre varetage opgaven, skal snitfladerne hertil beskrives på klyngeniveau. Der kan udbydes sygdomsspecifik patientuddannelse i kommunerne – f.eks. KOL, AKS og Type 2 Diabetes hold. Dette kræver:

- At der er patientgrundlag til det
- At undervisningen ikke kræver medvirken på speciallægeniveau,
- At undervisningen ikke kræver specialiseret tværfaglighed, eller
- At patientsikkerhedsmæssige hensyn ikke kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr eller kliniske støttefunktioner

4.2.3 Monitorering af kronikerindsatsen

Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget kronikerindsatsen, herunder forløbsprogrammerne, til et fælles regionalt-kommunalt evalueringsområde i 2010.

Monitoreringen af forløbsprogrammerne vil fokusere på fire hovedområder;

- Organisatoriske overgange og sammenhæng
- Indsamling af kliniske data
- Patientoplevelen sammenhæng og
- Økonomiske konsekvenser

Ud over at benytte de eksisterende kliniske kvalitetsmonitoreringsinitiativer, arbejder parterne med at udvikle specifikke monitoreringsindsatser, der bl.a. undersøger borgernes oplevelse af sammenhængende patientforløb og effekten af patientuddannelse.

Projekt kronikerdata

Region Midtjylland har igangsat et udviklingsprojekt, hvis formål det er at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats. Projektet samkører eksisterende data fra en lang række kliniske databaser. I første fase anvendes data til:

- At skabe overblik over den samlede population af patienter med Type 2 Diabetes, KOL og Akut Koronart Syndrom (AKS)
- At skabe dokumentation for den indsats, som ydes til den enkelte kroniske patient

I den kommende fase fokuseres der på at anvende data til at levere beslutningsstøtte og kvalitetsudvikle indsatsen.

Projektet har i første fase særligt fokus på at levere data til almen praksis og derigennem understøtte praktiserende lægers rolle som tovholder. I de kommende faser udvikles projektet til også at have fokus på indsatsen på hospitaler og i kommuner, herunder databehov, -anvendelse og -produktion. Endvidere vurderes muligheden for at inddrage den øvrige praksissektor, herunder speciallægepraksis. Det er målet, at projektet på sigt kan sammenstille eksisterende relevante data fra alle sektorer og dermed skabe et fælles data-fundament for kvalitetsudvikling og samarbejde mellem praksis, hospital og kommuner i den enkelte klynge og på tværs af regionen.

4.3 Lighed i sundhed som indsatsområde

Hospitaler, almen praksis og kommunerne skal indgå aftaler om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper. Der skal endvidere samarbejdes om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for menneskers forskellige muligheder for deltagelse.

Der er to overordnede perspektiver på sociale forskelle i sundhed:

1. Det ene perspektiv fokuserer på hele befolkningen, hvor der over hele skalaen fra høj til lav socioøkonomisk position er en gradient med stigende sygelighed og dødelighed. Sigtet er derfor et samlet løft af hele befolkningens sundhed med de højtuddannede som pejlemærke
2. Det andet perspektiv har fokus på specifikke grupper, som er udsatte for en eller flere belastende sociale forhold og med sygdomstilstande, der både har biologiske og sociale årsager, og som har alvorlige sociale konsekvenser. Dette perspektiv på udsatte grupper er målrettet et specifikt udsnit af befolkningen og sigter på at bryde den cirkel, hvor sygdom og lav position forstærker hinanden

I samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne er begge perspektiver relevante og supplerer hinanden. I den fælles opgave med at reducere den sociale ulighed kan der arbejdes med forskellige typer af tilbud:

- **Integrerede tilbud** hvor alle uanset social position deltager i samme tilbud, som tilrettelægges således, at flest mulige i målgruppen deltager. Der er fokus på opsporing, rekruttering og fastholdelse. Eksempler er forløbsprogrammer, patientuddannelsestilbud og systematiske undersøgelser af risikofaktorer på hospitaler og i almen praksis med opfølgende sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, herunder i kommunerne
- **Socialt differentierede tilbud** som tager udgangspunkt i et eksisterende tilbud, men samtidigt tager højde for, at dele af målgruppen har særlige sociale vilkår, som fordrer særlig opmærksomhed, og derfor tilbydes noget ekstra. Formålet er, at alle i målgruppen får lige udbytte af tilbuddet. Eksempler er socialt differentieret hjerterehabilitering og forebyggelse af multisygdom blandt sårbare mennesker med kroniske og langvarige psykiske sygdomme

- **Specielle og unikke tilbud** som er målrettet specifikke grupper og kan tilgodesede helt særlige behov. Eksempler er interkulturel sundhedsfremme og rehabilitering – et patientuddannelsesforløb for etniske minoriteter, vægtstoprådgivning for psykisk syge i socialpsykiatrien og TTA (Tilbage Til Arbejdet) for langtidssygemeldte med bevægeapparatslidelse

De forskellige måder at takle den sociale ulighed i sundhed på har til formål at sikre lige adgang og lige udbytte for borgere og patienter. Et fokus på både chancelighed og resultatlighed er nødvendigt for at give alle borgere samme mulighed for sundhed.

Der er et stort udviklingspotentiale i arbejdet med at reducere social ulighed i sundhed. Det er vigtigt at fokusere på en fortsat kvalificering af arbejdet med udvikling af socialt differentierede og specielle tilbud – ved at målrette dem, tiltrække den relevante målgruppe og at fastholde deltagerne i forløbene.. Det er enighed om at temasætte det i Temagruppen vedrørende Sundhedsfremme og Forebyggelse, og give det høj prioritet.

4.3.1 Aftaler om begrænsning af sygefravær og arbejdsfastholdelse

Én af de indsatser, der kan være med til at modvirke den sociale ulighed i sundhed, er **begrænsning i sygefravær og arbejdsfastholdelse**.

Parterne kan indgå aftaler for at optimere samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis på området. Målet er en hurtig og koordineret indsats med henblik på afkortning af sygefravær og sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

De specifikke sygdomsgrupper, der skal omfattes af en særlig hurtig og koordineret udrednings-, behandlings- og sagsbehandlingsindsats, aftaler parterne i de konkrete forhandlinger mellem kommunerne og regionen (lokalt eller på klyngeniveau).

Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland

Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland, der har deltagelse af bl.a. hospitaler, kommuner, almen praksis og arbejdsmarkedsparter, drøfter løbende samarbejdet mellem de arbejdsmedicinske klinikker og kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger.

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager sekretariatsfunktionen for Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland.

Specialistteam ved afdeling for klinisk social medicin, Center for Folkesundhed

Sygemeldte borgere med uklare helbredsproblemer, der oplever funktionstab f.eks. som følge af smerter og psykiske problemer kan have gavn af henvisning til specialistteamet ved afdeling for klinisk social medicin, Center for Folkesundhed.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Teamet tilbyder en afklarings- og udredningsproces, og det er tværfagligt med deltagelse af socialmedicinske speciallæger, psykologer, reumatologer, psykiatere og socialrådgivere. Kommunerne kan mod betaling henvise til tilbuddet.

5. Udviklingsområder

Parterne har i fællesskab identificeret en række udviklingsområder, hvor der kan udvikles mere effektive indsatser gennem øget viden, styrket indsats og samarbejde. Dette skal ske til gavn for borgere og patienter. Temagruppen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse drøfter og kommer med anbefalinger til dette arbejde. Temagruppens anbefalinger drøftes efterfølgende i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskordinationsudvalget.

Centrale udviklingsområder for en sammenhængende indsats er:

- Mennesker med overvægt
- Den ældre medicinske patient
- Mennesker med alkoholmisbrug
- Social lighed i sundhed – herunder etniske minoriteter
- Mental sundhed
- Forløbsprogrammer, f.eks. depression
- Mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom

6. Region Midtjyllands varetagelse af rådgivningsforpligtigheden

Regionens rådgivning til kommunerne sker i en dialog mellem parterne, der hver for sig har viden, den anden part kan drage nytte af. En del af den regionale rådgivningsforpligtigelse varetages gennem aktiviteter, der sikrer regional og kommunal videndeling som beskrevet i afsnit 7. En anden del af rådgivningsforpligtelsen varetages gennem udvikling af overordnede strategier, og der findes i regionen afdelinger med særlige kompetencer inden for udvikling, forskning, kvalitetsudvikling, folkesundhed, tværsektorielt samarbejde og kronikerindsats.

Kommunerne kan bl.a. bidrage med viden og erfaring om eksempelvis patientuddannelse, herunder sundhedspædagogiske metoder, sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der er rettet mod at mestre sygdomme og etablere et hverdagsliv.

Nedenfor er beskrevet en række konkrete regionale tiltag, der indgår som en del af den regionale rådgivningsforpligtigelse.

6.1 "Hvordan Har Du Det?"

Som led i en systematisk monitorering af befolkningens sundhed gennemfører Region Midtjylland i 2010 for anden gang (første gang i 2006) en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt de voksne. Undersøgelsen *Hvordan har du det?* gentages i 2013 og herefter en gang pr. valgperiode.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Undersøgelsen indgår i den nationale *Hvordan har du det?*, der gennemføres samtidigt over hele landet med det formål at skaffe sammenlignelige data for samtlige kommuner. Der er nedsat en følgegruppe, der består af regionale og kommunale repræsentanter.

Link: www.hvordanhardudet.rm.dk

6.2 Kortlægning af patientuddannelse i regionen

Region Midtjylland har i 2007 og 2009 udarbejdet kortlægninger af patientuddannelsesstilbudde på regionens hospitaler. Disse kortlægninger laves kontinuerligt og benyttes i klyngestyrergrupperne som grundlag for den fortsatte dialog med kommunerne omkring samarbejdet om den patientrettede forebyggelse.

Link: www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse

6.3 Evalueringsværktøj til patientuddannelsesforløb

Region Midtjylland har iværksat en videreudvikling af et generisk redskab til monitorering og evaluering af forskellige patientuddannelser i kommuner og på hospitalerne.

Der er tre formål med monitorerings- og evalueringsredskabet:

- Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og hospitaler til brug ved evaluering
- Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteter
- Sammenligning af patientdata med sundhedsprofildata således, det er muligt at afklare, om målgruppen for den pågældende aktivitet rammes og hvordan, funktionsniveau, livsstil etc. er hos deltagerne sammenlignet med baggrundsbefolkningen og målgruppen

6.4 Uddannelse og rådgivning i sundhedsfremme og forebyggelse

Regionen udbyder i regi af Center for Folkesundhed og Center for Kvalitetsudvikling en række uddannelser inden for sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.

- Uddannelse i Sundhedsfremme og forebyggelse til ledere og medarbejdere i kommunerne
- Uddannelse i Sundhedspædagogik til sundhedsfagligt personale i kommuner, på hospitaler og i almen praksis
- "Bedre liv til mennesker med kroniske sygdomme" - diplommoduler og korte kurser til sundhedsfaglige med særligt fokus på kompetenceudvikling i forhold til varetagelsen af patienter med én eller flere kroniske sygdomme

- Uddannelse af rygestoprådgivere i almen praksis, kommuner, hospitaler og sundhedspersonale fra andre områder eksempelvis rådgivningscentre og apoteker

6.5 Rådgivning om hygiejne

Hygiejne er et væsentligt element i forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Regionen varetager rådgivning af kommunerne i forhold til den generelle hygiejne. Hospitaler og kommuner aftaler lokalt, hvordan rådgivningen skal foregå, og hvad den skal indeholde.

6.5.1 Regionens rådgivning om MRSA⁹

Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland tilbyder kommunerne i regionen et kursus på en dag til uddannelse af en kommunal hygiejnenøgleperson (MRSA) i både hjemmesygeplejen og i sundhedsplejen. De kommunale nøglepersoner har mulighed for at få vederlagsfri telefonisk rådgivning om MRSA ved regionens hygiejnesygeplejersker.

7. Videndeling og sikring af sammenhæng mellem de regionale og kommunale sundhedsfremme og forebyggelsestilbud

Sikringen af sammenhængen mellem de regionale og kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud sker via den formaliserede klyngestruktur i Region Midtjylland. Ud over denne formaliserede klyngestruktur er det vurderet, at Temagruppen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse har en særlig opgave i at medvirke til:

- En hensigtsmæssig tilrettelæggelse af tilbuddene på tværs af sektorer
- At afdække og beskrive udviklingsbehov på tværs af sektorer
- At bidrage til kvalitetssikring af de tværsektorielle tilbud.

Temagruppen skal fungere som en samlende overbygning på de faglige udviklingssøjler, der findes inden for hver enkelt sektor (se afsnit 7.1), samt for de tværsektorielle råd, fora, netværk, der indenfor forskellige områder allerede er nedsat (se afsnit 7.2.1).

Temagruppens opgaver er desuden, at:

- Medvirke til at dagsordenssætte sundhedsfremme og forebyggelse
- Yde rådgivning til og kvalificere beslutningsoplæg til Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen
- Medvirke til faglig dialog på tværs af klyngerne. Emnerne kan være i forhold til tilrettelæggelse, udvikling, kvalitetssikring og evaluering af sundhedsfremme og

⁹ Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus

forebyggelsesindsatsen inden for rammerne af den generelle samarbejdsmodel for sundhedsarbejdet

- Sikre fokus og opfølgning på samarbejdet om implementering af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i relation til DDKM og regionale og kommunale modeller for sundhedsfremme og forebyggelse
- Udarbejde forslag til statusopgørelse til godkendelse i Sundhedsstyrelsen
- Sikre koordinering af de faglige netværk
- Bidrage til revision, udvikling og opfølgning på sundhedsaftalerne
- Sikre planlægning og gennemførelse af den årlige konference på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet
- Udarbejde overordnede retningslinjer for arbejdsdelingen mellem region og kommuner. I de overordnede retningslinjer for arbejdsdelingen skal der være rum for lokal forskellighed og mere specifikke aftaler, der indgås lokalt i klyngerne

I forhold til varetagelse af ovenstående opgaver mødes temagruppen efter behov. Relevant faglig ekspertise til løsninger af de enkelte opgaver inddrages efter behov.

7.1 Sektoropdelte faglige udviklingsfora

Med henblik på at sikre og fremme den løbende sundhedsfaglige udvikling og sikre forankring af indsats, erfarings- og informationsudveksling samt videndeling, er der nedsat to fora:

- Et for hospitalerne: Regionalt forum for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering på hospitalerne og i psykiatrien
- Et for kommunerne: Kontaktforum for kommuner og region

Almen praksis har valgt ikke at nedsætte et særskilt forum, men har placeret opgaven i det Regionale Kvalitetsteam. Udvalget er nedsat i regi af Primær Sundhed, Region Midtjylland.

Foraene mødes 2-3 gange årligt, og der afholdes efter behov fælles konferencer med deltagelse af hospitaler, almen praksis og kommuner. Sekretariatsfunktionen varetages af Center for Folkesundhed.

7.2 Videndeling mellem sektorerne

For at sikre sammenhæng i sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i sundhedsydelserne er det nødvendigt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed forbedres. Det er nødvendigt, at det sker på tværs af sektorer og på visse områder og så tværfagligt.

Det sikres bl.a. ved:

- Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner
- Etablering af faglige netværk
- Fælles skolebænk om relevante emner

Ved nye initiativer aftales det i Sundhedsstyregruppen, hvem der er ansvarlig for udførelsen af initiativer under ovennævnte overskrifter, hvordan disse finansieres samt hvem, der varetager sekretariatsfunktionen.

7.2.1 Regionale netværk og fora

Der nedsat en række tværsektorielle netværk, fora og råd inden for områder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er en væsentlig del af indholdet. Deres opgave er blandt andet at varetage faglig videndeling, sparring og koordinering af det tværsektorielle samarbejde på tværs af klyngerne. Det drejer sig om:

- Chefjordemoderrådet
- Forum for samarbejde om sundhedspleje
- Netværk for rygestopinstruktører
- Hjerneskaledesamrådet

Region Midtjylland koordinerer og varetager sekretariatsbetjeningen af denne type samarbejde.

7.3 Mi(d)t Liv

Region Midtjylland udgiver tre gange årligt mi(d)t Liv, et blad om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Formålet er at formidle viden og erfaringer, at behandle udvalgte temaer nuanceret samt synliggøre igangværende arbejde. For at understøtte samarbejdet og kommunikationen mellem sektorerne er der nedsat et redaktionspanel med deltagelse fra almen praksis, hospitaler, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og en kommunal repræsentant udpeget af Kommunekontaktrådet. Redaktionen varetages af Center for Folkesundhed.

Link: www.midtliv.rm.dk

7.4 Tilgængelighed af information

Sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud forudsætter gensidigt kendskab til og overblik over de indsatser, der foregår i henholdsvis kommuner, praksissektor og på hospitalerne. Ved at gøre viften af regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud tilgængelige sikres:

- Sammenhæng og tilgængelighed i information om regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud til borgerne
- Et grundlag for at skabe sammenhæng mellem de forskellige forebyggelsestilbud i kommunerne, regionen og almen praksis
- Hurtig adgang til opdateret viden for det sundhedsfaglige personale
- Videndeling mellem samarbejdspartnerne

Regionen og kommunerne forpligter sig til at formidle viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Kommunerne har ansat kommunale praksiskonsulenter, der bidrager til formidlingen af de kommunale tilbud til de praktiserende læger i området. De praktiserende lægers hjemmeside www.praksis.dk, som er en del af www.sundhed.dk, er et væsentligt omdrejningspunkt for formidlingen af information til almen praksis, herunder formidling af viden om de kommunale og regionale tilbud om patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Disse oplysninger på www.praksis.dk er tilgængelige for alle, både sundhedsprofessionelle og borgere.

Kommunerne og hospitalerne er forpligtede til at udarbejde materiale i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelig hos relevante aktører så som praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, borgerserviceafdelinger, hjemmesygeplejen og visitationen.

8. Kvalitetssikring, udvikling og forskning

Regionen og kommunerne i Region Midtjylland forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige viden og evidens. Viden herom sikres gennem anvendelse af de udarbejdede forløbsbeskrivelser og så vidt muligt evidensbaserede retningslinjer. Forløbsbeskrivelserne og retningslinjerne udarbejdes i forlængelse af implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og best practice.

Som beskrevet i afsnit 7 er der i samarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne opbygget en ramme for den patientrettede og borgerrettede forebyggelse ved dannelse af tværsektorielle netværk og afholdelse af fælles tværsektorielle temadage.

Disse skal fungere som platform for en dialog om kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og tilrettelæggelse af den patientrettede og borgerrettede forebyggelse. Temadage og erfaringsudveksling skal tage udgangspunkt i den nyeste viden om risikofaktorerne/kroniske sygdomme. Temadagene vil bl.a. kunne omfatte oplæg ved fagpersoner fra kommunerne og fra hospitalerne således, at der sker en systematisk specialiseret rådgivning fra hospitalerne til samtlige kommuner.

Formålet er, at parterne har en fælles forståelse af implementeringen af de fælles faglige standarder for forebyggelsestilbuddene i relation til risikofaktorer og kroniske patientgrupper, særlige målgrupper og effektive metoder på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Kommunerne og regionen vil holde sig ajour med landsdækkende resultater og anbefalinger, der bl.a. udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. For at sikre, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden, vil kommunerne og regionen sætte fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Region Midtjylland og Aarhus Universitet har indgået en aftale om Miljø for Folkesundhed, som er et ligeværdigt formaliseret samarbejde mellem Center for Folkesundhed og Institut for Folkesundhed om forskning og udvikling på folkesundhedsområdet. Center for Folkesundhed indgår med to afdelinger i Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

8.1 Folkesundhed i midten

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

Folkesundhed i Midten er etableret som følge af Sundhedslovens § 194, hvor regionerne har ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal medvirke til denne forskning. Samarbejds-konstruktionens genstandsfelt udgøres af de aftaleområder, som fremgår af "Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler".

Link: www.fim.rm.dk

9. Definition af sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse

Den sygdomsspecifikke patientuddannelse kan være individuel eller gruppebaseret og omfatter initiativer, der retter sig mod personer med en specifik diagnose. Undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, og det drejer sig oftest om undervisning, som sigter mod at øge patientens sygdoms- og symptomforståelse, øge indsigten i sygdommens kort- og langsigtede konsekvenser samt gøre patienten bedre i stand til at følge den anbefalede medicinske behandling. De væsentligste dele af undervisningen er således formidling af viden om sygdom og behandling samt hjælp til konkret problemløsning. I forhold til patienter med kroniske lidelser vil der ofte også være fokus på mestring af livet med sygdommen.

Den tværdiagnostiske patientuddannelse sigter mod såvel patienter med kroniske lidelser som udsatte grupper. Undervisningen kan eksempelvis omfatte initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. I forhold til patienter med kroniske lidelser har den tværdiagnostiske patientuddannelse til formål dels at forhindre, at sygdommen udvikles, dels at forbedre sygdomsforløbet samt at lære at mestre psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom.

Administrativ aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

1. Målgruppe for aftalen

1.1 Borgere/patientgruppe

Patienter – børn, unge og voksne – med en psykisk sygdom:

- Som er i kontakt med regionspsykiatrien, egen læge/speciallæge eller kommunen og,
- Hvor mindst to af parterne er eller skal være involveret i indsatsen

Særligt skal aftalen omfatte børn og unge, samt mennesker med en kendt psykisk sygdom, som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter). Aftalen omfatter også børn af forældre med psykisk sygdom.

1.2 Aktører

De aktører, der skal kende til aftalens indhold og medvirke til aftalens implementering, er:

- Sundhedspersoner og andre faggrupper i regionspsykiatrien, i praksissektoren, herunder både almen praksis, praktiserende psykiatere, praktiserende psykologer mm.
- Faggrupper i kommunen, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), det kommunale myndighedsområde både ift. til børn og voksne, arbejdsmarkedsområdet, skole- og sociale tilbud
- Særligt på børne- og ungdomsområdet skal man være opmærksom på samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, kommunen og de opfølgende foranstaltninger, som ofte er socialpædagogiske
- For mennesker med psykisk sygdom, der er idømt en foranstaltning, indgår kriminalforsorgen også med et ansvar for opgaveløsningen

2. Koordinering mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats og koordinering i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse

Behovet for samarbejde og koordinering i forhold til den fælles målgruppe er forskelligt afhængig af karakteren og konsekvenserne af:

- Den psykiske sygdom
- Den enkeltes aktuelle
 - tilstand

- alder
- funktionsevne
- sociale forhold og netværk
- Særlige forhold som f.eks., at der er børn i familien, misbrugsproblemer, eller, at den enkelte er underlagt retslige foranstaltninger kan indebære, at der er et stort antal aktører, der løbende skal involveres og holdes orienteret for at sikre en sammenhængende indsats

Behovet for kontakter, aftaler og information i forhold til mennesker med psykisk sygdom og mellem de involverede behandlere og støttepersoner afhænger bl.a. af, om personen i forvejen er kendt i det psykiatriske hospitalsvæsen og i kommunen.

Der er endvidere særlige krav til samarbejde og koordinering, når behandlerne og støttepersonerne er vidende om, at en person med psykisk sygdom har manglende sygdomsindsigt. Det samme gør sig gældende ved gentagne tilbagefald efter behandlingsophør og gennemført tvangsbehandling. Under disse omstændigheder skal der udarbejdes en udskrivelsesaftale eller koordineringsplan jf. Lov om tvang i psykiatrien.

Overgangen fra ung til voksen betyder, at den unge og familien på grund af lovgivningen og den forskelligartede organisering i kommune og regionen får flere skift i tilbud, behandlere og kontaktpersoner. Derfor skal der være særlig fokus på at sikre overgangen fra ung til voksen for både børn og pårørende.

3. Organisering af samarbejdet ift. mennesker med psykisk sygdom

Temagruppen for voksenpsykiatri og temagruppen for børne- og ungdomspsykiatri er stående og er sammensat af følgende repræsentanter:

Temagruppen for voksenpsykiatri:

- En kommunal repræsentant fra hver af de 19 kommuner
- En repræsentant fra regionspsykiatrien fra hver af de seks klynger (psykiatri)
- To repræsentanter fra Psykiatri- og Socialledelsen, Region Midtjylland, samt to repræsentanter fra Administrationen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
- Tre repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Formandskabet er delt mellem kommune og region. Sekretariatet varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

Temagruppen for børne- og ungdomspsykiatri:

- En kommunal repræsentant fra hver af de 19 kommuner
- To repræsentanter fra Centerledelsen i BUC
- To repræsentanter fra Psykiatri- og Socialledelsen, Region Midtjylland samt en repræsentant fra Administrationen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
- Tre repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Formandskabet er delt mellem kommune og region. Sekretariatet varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

Klyngestrukturen på psykiatriområdet beskrives i delaftale om økonomi og opfølgning.

4. Indsatsområder for voksenpsykiatri

Temagruppen for voksenpsykiatri har, udover de politisk udpegede målsætninger, fokus på følgende områder:

4.1 Patient-/pårørendetilfredshed

Der er fokus på patienttilfredsheden med aftaler i forbindelse med udskrivelse. Tilfredsheden måles i den landsdækkende patientundersøgelse på psykiatriområdet, som gennemføres næste gang i 2012. Temagruppen for voksenpsykiatri varetager dette arbejde.

4.2 Håndtering af flere psykisk syge i den primære sektor

Flere personer med psykisk sygdom bør opdages og håndteres i den primære sektor snarere end først, når der er behov for behandling i den sekundære sektor. Der iværksættes i indeværende sundhedsaftaleperiode initiativer i hver klynge i form af screening/tidlig opsporing. Temagruppen for voksenpsykiatri samler op herpå.

4.3 Bedre sammenhæng mellem regionspsykiatri og arbejdsmarkedsindsats

Sammenhængen mellem regionspsykiatri og indsatsen i kommunernes arbejdsmarkedsafdelinger skal øges. Temagruppen for voksenpsykiatri tager initiativ til at etablere en samarbejdsstruktur mellem almen praksis, regionspsykiatrien og arbejdsmarkedsindsatsen i kommunerne.

Samarbejdet skal understøtte:

- Tidlig opsporing af mennesker med psykisk sygdom,
- En mere sammenhængende indsats i overgangen fra barn til voksen og
- En bedre integration til arbejdsmarkedet for mennesker med psykisk sygdom

4.4 Kommende aftaler vedr. patienter med oligofreni og patienter med demens

I efteråret 2010 vil udarbejdelsen af aftaler om samarbejdet vedr. patienter med demens og vedr. patienter med oligofreni blive påbegyndt.

5. Særligt for samarbejdet

Det er vigtigt at sikre **sammenhæng og kvalitet i indsatsen** for mennesker med psykisk sygdom, der både har behov for behandling i almen praksis, psykiatrisk behandling og social indsats. Samarbejdet tager udgangspunkt i en **gensidig respekt**

for parternes forskellige myndighedsområde og visitationskompetence. Grundlaget for samarbejdet er følgende værdier:

- **Parterne koordinerer indsatsen i respekt for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse** – herunder om muligt at inddrage pårørende i overensstemmelse med den enkeltes ønsker
- Det er en forudsætning, at **mennesker med psykisk sygdom giver deres samtykke til den ønskede udveksling af oplysninger**. For mennesker, der ikke er i stand til selv at give et habilt samtykke, skal samtykket gives af en stedfortræder (pårørende eller værge)
- Det er i alle sammenhænge i mødet med mennesker med psykisk sygdom et mål at **motivere og støtte vedkommende til at tage størst muligt ansvar for beslutninger, egenomsorg og behandling**. Jo større ansvar den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side
- Forløbet skal tilrettelægges på en sådan måde, at **patienten/brugeren inddrages og har mulighed for aktivt at deltage i planlægningen af forløbet** og i alle beslutninger, der vedrører behandlingen og den sociale indsats. Herunder muligheden for at være med til at fastlægge indholdet i behandlingsplanen, en evt. udskrivesaftale og den sociale handleplan
- Det er en fælles målsætning, at **indsatsen overfor mennesker med psykisk sygdom på ethvert tidspunkt er koordineret i tilstrækkeligt omfang** og, at der for alle parter inkl. personen selv, er klarhed over, hvem der har ansvaret for opgavevaretagelsen og for evt. koordination

Administrativ aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen om opfølgning på rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange.

1. Målgruppe

Målgruppen er somatiske og psykiatriske patienter og borgere.

2. Lovgivningsmæssige rammer og definition

Regioner og kommuner er ifølge sundhedslovens § 198 forpligtede til at modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser til forbedring af patientsikkerheden:

- § 198: "Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2 og 3 til brug for patientsikkerheden og rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen, jf. § 199".
- § 198, stk. 2: "En sundhedsperson, der som led i sin faglige virksomhed bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen til regionen. En hændelse, der er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX, skal dog rapporteres til kommunen. 1. og 2. pkt. finder tilsvarende anvendelse på ambulancebehandlere, apotekere og apotekspersonale".
- § 198 stk. 4: "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. efter afsnit IV-IX, kapitel 52 eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder".

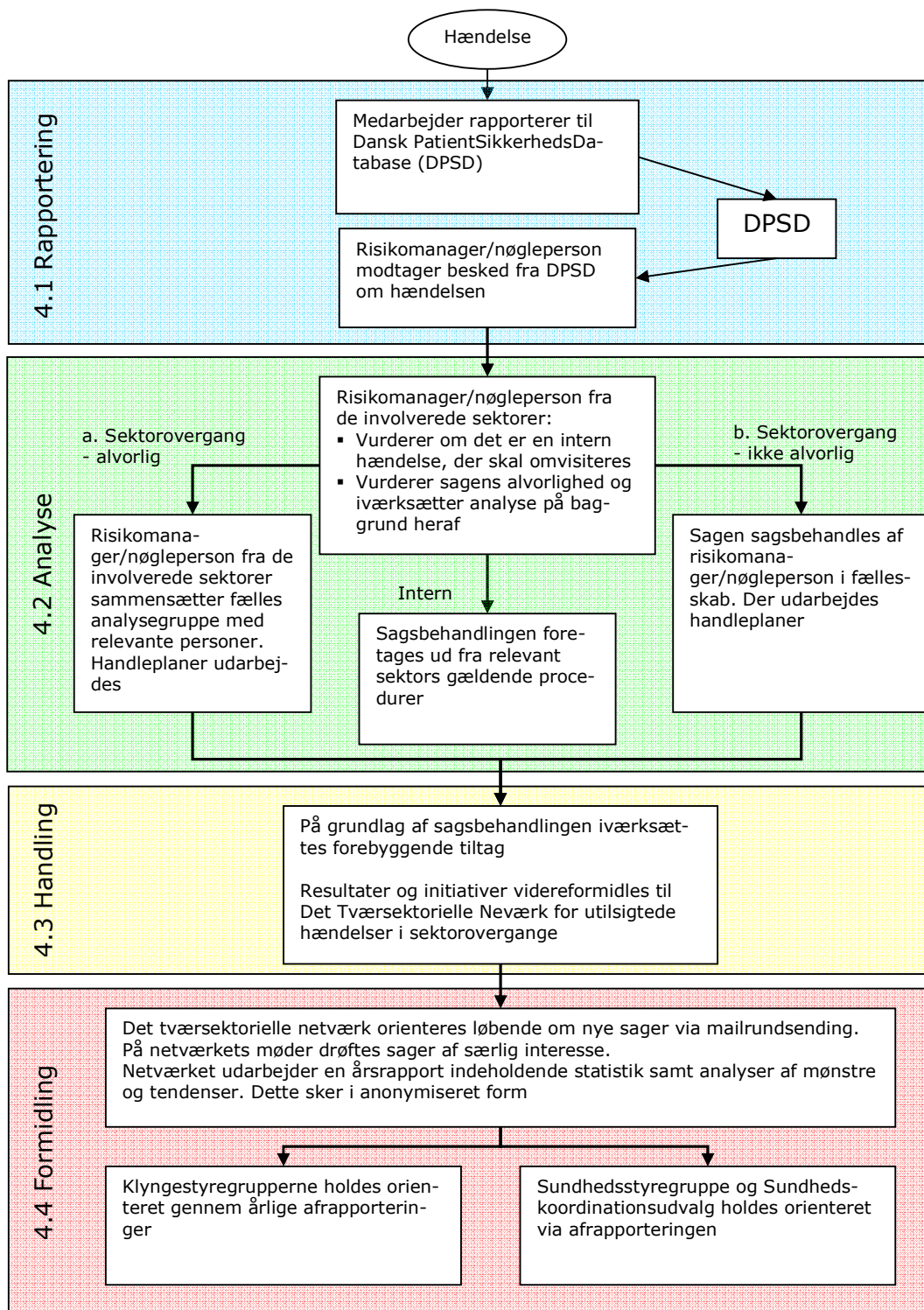
3. Forudsætninger

Grundlaget for etableringen af en tværsektoriel samarbejdsstruktur om utilsigtede hændelser i sektorovergange er, at parterne internt organiserer sig på en måde således, de hver især kan varetage opgaven med rapportering, tværsektoriel analyse, opfølgning og læring.

Parterne udpeger risikomanagere/nøglepersoner til at varetage det tværsektorielle samarbejde omkring hændelsesforløbene. Mindre kommuner kan eventuelt dele en nøgleperson/risikomanager.

4. Procedurer for rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange

For at understøtte opfølgning, deling af viden samt forebyggelse af hændelser i andre sektorer og andre klynger etableres en samarbejdsstruktur, som er illustreret i figuren nedenfor og efterfølgende beskrevet del for del.



4.1 Rapportering

- Alle utilsigtede hændelser rapporteres til www.DPSD.dk (Dansk PatientSikkerhedsDatabase). Risikomanageren/nøglepersonen i den sektor, hvor hændelsen er registreret, bliver automatisk orienteret herom
- Rapportpligten omfatter sundhedspersoner, som i sundhedsloven defineres som personer, der i henhold til lovgivningen er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, samt personer, der handler på disses ansvar
- En patient/borger eller dennes pårørende skal på længere sigt kunne rapportere en utilsigtet hændelse på samme vis som de ovenfor nævnte sundhedspersoner. Det er endnu ikke fastlagt fra lovgivers side, hvornår dette skal implementeres.

4.2 Analyse

4.2.1 Intern hændelse

- Sagsbehandlingen sker ud fra sektorens gældende procedurer
- Såfremt hændelsen rapporteres til en anden sektor end der, hvor hændelsen er sket, kontaktes risikomanageren/nøglepersonen i den relevante sektor, og man aftaler i fællesskab omvisitering af hændelsen. Sagsbehandling foretages herefter ud fra sektorens gældende procedurer

4.2.2 Sektorovergangshændelser

- Sektorovergangshændelser sagsbehandles i fællesskab mellem de sektorer, der er involveret
- Risikomanageren/nøglepersonen, hvortil den utilsigtede hændelse er rapporteret, tager kontakt til risikomanageren/nøglepersonen i den eller de sektorer, der er involveret
- Sammen vurderer de alvorlighedsgraden af hændelsen:
 - a. Sektorovergangshændelse med alvorligt udfald: Patienten har fået varige mén eller er død som følge af hændelsen
 - b. Sektorovergangshændelse med ikke alvorligt udfald
- Det aftales hvem af risikomanagerene/nøglepersonerne, der er primær sagsbehandler

a. Sektorovergangshændelse med alvorligt udfald – nedsættelse af tværgående analysegrupper

- Ved utilsigtede hændelser, hvor en patient/borger har fået varige mén eller er død, foretages en dybdegående analyse af hændelsen i en tværsektoriel analysegruppe
- Sektorerne kan i fællesskab endvidere lave dybdegående analyser af utilsigtede hændelser, der potentielt kunne have medført varige mén eller død for en patient/borger, eller af sager, der er af særlig principiel karakter

Opgaver for tværgående analysegrupper

- De nedsatte analysegrupper skal i fællesskab analysere, iværksætte handling og skabe mulighed for læring
- Den risikomanager/nøgleperson, der er primær sagsbehandler, har ansvaret for at indsamle og koordinere svarene fra de forskellige sektorer vedr. mødeplanlægningen og andet skriftligt materiale i forbindelse med analysen
- Valg af analysemetode sker i fællesskab mellem de involverede risikomanagere/nøglepersoner
- For alle sager gælder, at den risikomanager/nøgleperson, der er sagsbehandler i databasen, skal sørge for, at sagen afsluttes i databasen. Den primære sagsbehandler har desuden ansvaret for at formidle evt. videndeling til relevante fora
- Anonymiserede resuméer af dybdegående analyser deles via Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange (se nedenfor)
- Risikomanagerne/nøglepersonerne er hver især ansvarlige for at orientere egen ledelse om den planlagte analyse

Udpegning af deltagere til tværgående analysegrupper

- Risikomanagerne/nøglepersonerne fra de relevante sektorer udarbejder i samarbejde en liste over de personer, der er nødvendige for en dybdegående analyse af hændelsen. Analysegruppen bør have de relevante ledelses- og beslutningskompetencer således, der kan udarbejdes en handleplan, der er klar til implementering
- Risikomanagerne/nøglepersonerne behøver ikke navngive alle personer på listen men kan i stedet angive de ønskede medarbejderfunktioner ("overlæge i ortopædkirurgi", "ledende hjemmesygeplejerske" etc.). Den relevante ledelse for de involverede sektorer er ansvarlig for, at de udpegede personer får besked om at deltage i analysen
- Den regionale risikomanager fra Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed (Region Midtjylland) kan inddrages i analysen - evt. som rådgiver - med mindre, kun den kommunale sektor er involveret i hændelsen

Mødetidspunkt for tværgående analysegrupper

- Risikomanagerne/nøglepersonerne finder forslag til mødedatoer og mødested for analyseteamet
- I tilfælde, hvor det ikke er muligt for en sektor at samle de ønskede medarbejdere/medarbejderfunktioner på de foreslåede tidspunkter, er det ledelsen i den pågældende sektors ansvar at foreslå et nyt mødetidspunkt

Resultater fra tværgående analyser

- Af hensyn til kvaliteten af analysen, skal analysen gennemføres inden for få uger efter, hændelsen er rapporteret. Sagen skal være afsluttet i DPSD senest 90 dage efter rapportering

- Analysen skal munde ud i en handleplan, der indeholder en specificering af, hvad der skal til, for at handleplanen kan betragtes som implementeret.
- Det er de enkelte enheder i de relevante sektors ansvar at implementere handleplanen. Risikomanagerne/nøglepersonerne følger løbende implementeringsgraden af handleplanerne i egen organisation

Sekretariat for tværgående analysegrupper

- De involverede risikomanagere/nøglepersoner varetager betjeningen af nedsatte analysegrupper

b. Sektorovergangshændelse med ikke alvorligt udfald

- Øvrige hændelser sagsbehandles i fællesskab mellem risikomanagerne/nøglepersonerne i overensstemmelse med kravene i rapporteringssystemet fra Sundhedsstyrelsen herunder klassificering af hændelsen
 - Med henblik på forebyggelse af tilsvarende hændelser kan risikomanagerne/nøglepersonerne aftale nødvendige tiltag. De kan også aftale, at relevante personer fra de involverede institutioner i fællesskab udarbejder tiltag til forebyggelse
 - Risikomanagerne/nøglepersonerne er hver især ansvarlige for, at aftalerne er godkendt af egen institutions relevante ledelse
- De involverede risikomanagere/nøglepersoner tager i alle sager stilling til relevant formidling af læring
 - Via det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange kan risikomanagerne/nøglepersonerne sørge for, at hændelser, der ikke har alvorlige udfald, men er hyppige eller på anden måde principielle, tages op. Evt. med en større analyse af flere hændelser med samme tema

4.3 Handling

- Ledelserne i de relevante enheder iværksætter de aftalte tiltag med henblik på forebyggelse af lignende utilsigtede hændelser
- Resultater af analyse og handleplaner videreformidles af risikomanageren/nøglepersonen i den relevante sektor til Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange (se nedenfor)

4.4 Formidling – herunder opfølgning, videnspredning og forebyggelse af utilsigtede hændelser

Tværsektorielt Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange

Der etableres et Tværsektorielt Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange.

Opgaver

- Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange drøfter sager af principiel eller alvorlig karakter. Relevant information uddraget af det analysearbejde, som foretages i de nedsatte analysegrupper, formidles bredt til de øvrige parter i sundhedsvæsenet med henblik på læring
- Netværket foretager ad egen drift analyser af mønstre og tendenser på såvel alvorlige som ikke alvorlige utilsigtede hændelser med henblik på læring
- For at sikre løbende videndeling i netværket formidler de enkelte analysegrupper resultater og iværksatte initiativer via en mailingliste, som sekretariatet vedligeholder (se nedenfor)
- Med henblik på vidensspredning til andre dele af sundhedsvæsenet i regionen, udarbejder Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange en årlig rapport, der i anonymiseret form beskriver netværkets arbejde og resultaterne heraf. Rapporten forelægges Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget (se aftale om økonomi og opfølgning)
- Den årlige rapport videreformidles til de enkelte lokale klyngestyregrupper
- Netværket kan nedsætte ad hoc-grupper efter behov
- Netværket kan arrangere konferencer i det omfang, som det finder relevant. Sekretariatet varetager den praktiske del heraf

Netværkets medlemmer

Det tværsektorielle netværk udgøres af

- Risikomanagers/nøglepersoner, der repræsenterer hver kommune
- Den regionale risikomanager samt risikomanagers fra alle regionens hospitaler
- 1-2 risikomanagers fra Primær Sundhed, Region Midtjylland (apotek og praksissektoren)
- 1-2 risikomanagers fra præhospitalet (f.eks. ambulancetjenesten)

Med henblik på koordination til de tilgrænsende områder indenfor sundhedsaftalearbejdet – herunder koblingen til andre råd, til Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget - deltager Regionalt Sundhedssamarbejde i netværket med en sundhedsfaglig medarbejder.

Den regionale risikomanager samt en kommunal repræsentant (risikomanager) udgør formandskabet i gruppen.

Netværket kan efter behov inddrage andre personer i ad hoc-grupper eller i netværket.

Mødefrekvens

Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange mødes cirka tre gange årligt. Mellem møderne videreformidler de enkelte medlemmer af netværket resultater af analyser og iværksatte initiativer via mailingliste til resten af netværket.

Sekretariat

Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed, Region Midtjylland, varetager sekretariatsbetjeningen herunder vedligeholdelse af mailingliste for netværket.

Administrativ aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer

Denne aftale er den administrative udmøntning af den politiske aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer.

1. Målgruppe

Målgruppen for samarbejdsmodellen er personale på det somatiske og psykiatriske område, der har ansvaret for arbejdstilrettelæggelse på hospitalerne, inden for praksisområdet, i hjemmesygeplejen, i sundhedsplejen, for terapeuter og i socialpsykiatrien.

2. Centrale begreber

2.1 Opgaveglidning og opgaveoverdragelse

Opgaveglidning og opgaveoverdragelse defineres på følgende måder

- *Opgaveglidning* er, når opgaver glider uplanlagt fra en sektor til en anden, uden at nogen er forberedt på det, uden at det er gennemtænkt, og uden nogen form for drøftelse af det.
- *Opgaveoverdragelse* er, når opgaver overdrages på en planlagt, gennemtænkt og velforberedt måde, på basis af drøftelser, og ved sikring af viden og kompetenceudvikling.

Opgaveoverdragelse sker på populationsniveau – dvs. opgaveoverdragelse omhandler en bestemt sundhedsydelse eller organisationsændring for en patientgruppe.

2.2 Hovedtyper af opgaveoverdragelser

A. Opgaveudvikling/-ændring

Ændring i opgavevaretagelse mellem sektorerne sker på grund af den naturlige og løbende opgaveudvikling. Opgaveudvikling sker som følge af indførelse af ny teknologi, nye behandlingsmetoder og nye plejeformer, der ofte giver kortere indlæggelsesforløb. Opgaveudvikling følger også af, at flere behandlinger går fra at være stationære til at være ambulante.

B. Kapacitetsændringer

Kapacitetsændringer sker som følge af strukturelle ændringer, der besluttet enten administrativt eller politisk.

3. Samarbejdsmodellen - retningslinjer ved konkrete opgaveoverdragelser

Klyngestyregrupperne har ansvaret for opgaveoverdragelsen. For at sikre, at opgaver overdrages planlagt ved dialog, og at relevant faglig viden videreformidles, er der enighed parterne imellem om, at en konkret opgaveoverdragelse foregår efter følgende retningslinjer:

3.1 Konstatering af behov for opgaveoverdragelse

Ledere og medarbejdere har ansvar for at identificere behov for opgaveoverdragelser. Opgaveoverdrageren vurderer, om alle borgere/patienter selv kan varetage opgaven ved information og/eller uddannelse, eller om inddragelse af sundhedspersonale er nødvendigt.

Ledere i de forskellige sektorer har ansvaret for at bringe opgaveoverdragelsen for den ansvarlige ledelse og for at introducere personalet til det nye ansvar for identifikation af opgaver, der skal overdrages.

Opgaveoverdrageren har som udgangspunkt initiativpligten, men opdager opgavemodtageren, at der er ved at ske en opgaveglidning, har denne ansvar for, at en dialog igangsættes.

3.2 Udarbejdelse af dialoggrundlag

Da region og kommuner har hver deres finansieringskilder, følger der ikke økonomiske driftsmidler med ved opgaveoverdragelser. Den ledelse, der har opgaven, som skal overdrages til en anden sektor, er ansvarlig for, at der udarbejdes et første dialoggrundlag, hvor skønsmæssige økonomiske og kompetencemæssige vurderinger indgår. Dette danner grundlaget for en dialog mellem de relevante samarbejdsparter. Se bilag 1, "Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag og plan for implementering og evaluering ifm. opgaveoverdragelse mellem sektorer i Region Midtjylland".

3.3 Den tværsektorielle dialog og vurdering

Klyngestyregruppen har ansvaret for den videre planlægning og behandling af den konkrete opgaveoverdragelse.

Ved *opgaveudvikling/-ændring* (type A) uddelegerer klyngestyregruppen ansvaret til et tværsektorielt sundhedsfagligt ledelsesniveau. Dette forum har ansvaret for, at der

sker en tværsektoriel og tværfaglig dialog, at omfanget af den konkrete opgaveoverdragelse vurderes, og at der sker planlægning af opgaveoverdragelsen. Hvis der er uenighed om hvilken type opgaveoverdragelse, der er tale om, sendes det til vurdering i klyngestyregruppen.

Ved *kapacitetsændringer* (type B) er klyngestyregruppen ansvarlig for processen i forbindelse med opgaveoverdragelsen.

Klyngestyregruppen/det sundhedsfaglige ledelsesniveau har ansvaret for at færdiggøre dialoggrundlaget, og at der udarbejdes en plan for implementering af opgaveoverdragelsen, herunder overdragelse af viden. Herudover gennemføres der en kort evaluering af opgaveoverdragelsen. Se bilag 1, "Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag og plan for implementering og evaluering ifm. opgaveoverdragelse mellem sektorer i Region Midtjylland". I forlængelse heraf har klyngestyregruppen ansvaret for, at der sker en vurdering af, om opgaveoverdragelsen har en sådan karakter, at den skal behandles i Samarbejdsudvalget for Almen Praksis.

3.4 Tværsektoriel vidensdeling

Klyngestyregruppen videresender materialet til Regionalt Sundhedssamarbejde i Region Midtjylland med henblik på vidensdeling.

Aftalegruppen vedr. opgaveoverdragelse er ansvarlig for, at der følges op på aftalen jf. den politiske aftale om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer.

Bilag: Vejledning til udarbejdelse af dialoggrundlag og plan for implementering og evaluering

1. Dialoggrundlag ved opgaveoverdragelse mellem sektorer

Opgaveoverdrageren **besvarer så mange spørgsmål som muligt**, og dialoggrundlaget viderebearbejdes herefter i samarbejde med den part, som opgaven overdrages til. Skemaet er inspireret af Sundhedsstyrelsens Mini-MTV-skema.

Skema og felter kan justeres og udvides alt efter behov. Wordudgave findes på praksis.dk, i hospitalernes e-dok og Region Midtjyllands hjemmeside.

Type af opgaveoverdragelse: Sæt kryds

☐ Type A: Ændring i opgavevaretagelsen sektorerne imellem ifm. opgaveudvikling

☐ Type B: Kapacitetsændring

1.1 Beskrivelse af opgaven/kapacitetsændringen, som skal overdrages

(Opgaveoverdrageren beskriver, hvordan opgaven udføres i dennes regi)

1.1.1 Hvilken indsats omhandler opgaveoverdragelsen?

1.1.2 Hvilken målgruppe/patientkategori er omfattet af opgaveoverdragelsen?

1.1.3 Hvordan løses opgaven på nuværende tidspunkt? - Beskriv den konkrete sundhedsydelse, ansvarlig personalegruppe, patientinformation og/eller påvirkning af arbejdsmiljø.

1.1.4 Foreligger der kliniske retningslinjer, instruks el. lign. for opgavevaretagelsen? Hvis ja, vedlægges de eller der linkes.

1.1.5 Hvis der er evidens, henvises til de væsentligste referencer.

1.2 Konsekvenser ifm. opgaveoverdragelsen

1.2.1 Hvilke konsekvenser har opgaveoverdragelsen for de berørte borgere/patienter?

1.2.2 Forventes det, at den pågældende patientgruppes livskvalitet, funktionsevne, sociale eller beskæftigelsesmæssige situation påvirkes af, at indsatsen overdrages til anden sektor? Hvis ja, hvordan?

1.2.3 Er det relevant, at patientgruppen informeres om opgaveoverdragelsen, hvis ja hvordan?

1.2.4 Hvilke konsekvenser har opgaven/kapacitetsændringen for samarbejdsparterne i sundhedssamarbejdet (kommuner, praksisområdet, hospitaler)?

1.2.5 Kræver opgaven særlige faglige kompetencer? Hvis ja, hvilke?

1.2.6 Er der risiko, bivirkninger eller andre uønskede effekter ved, at opgaven overdrages til anden sektor? Hvis ja beskrives disse:

1.2.7 Påvirkes andre parter (hospitaler, kommuner, praksisområdet) af opgaveoverdragelsen end dem, som er med i klyngen? Hvis ja, hvilke, og hvordan inddrages de?

1.2.8 Er opgaveoverdragelsen implementeret andre steder i Region Midtjylland? (Se evt. www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne)

1.2.9 Er der en tidsramme for opgaveoverdragelsen?

1.3 Vurdering af økonomiske og sundhedsfaglige ressourcemæssige konsekvenser

God opgaveoverdragelse medfører, at den modtagende part kan gennemføre god planlægningspraksis.

Det betyder, at den afgivende part skal give så fyldestgørende oplysninger som muligt om de ressourcer, der indgår i den nuværende organisering og derved give den modtagende part så gode forudsætninger som muligt for at kunne vurdere ressourcemæssige konsekvenser, herunder eventuelle økonomiske konsekvenser af at modtage opgaven.

Oplysningerne må ikke hindre, at der tænkes innovativt. Oplysningerne skal derimod bidrage til, at LEON-princippet kan udmøntes i forbindelse med opgaveoverdragelse.

Parterne er enige om, at der med ressourceoplysningerne ikke foretages en vurdering af den nødvendige ressourceanvendelse hos den modtagende part.

Samlet betyder det, at opgaveoverdragelse bidrager til den fortsatte og ønskede opgaveudvikling.

1.3.1 Hvad er de nuværende aktiviteter (antal borgere/patienter pr. år) ifm. opgaven?

1.3.2 Hvad er det nuværende personaleforbrug (pr. borger/patient pr. døgn) ved opgaven?

1.3.3 Kræves der bestemte sygeplejeartikler, behandlingsredskaber/hjælpemidler mm. og/eller særlige ressourcer? Hvilke og hvor mange pr. døgn?

1.3.4 Er der engangsudgifter i begyndelsen til apparatur, uddannelse mv.? Hvis ja, hvilke?

1.3.5 Modtagende part vurderer de økonomiske konsekvenser for egen organisation på baggrund af oplysningerne.

Øvrige kommentarer:

Forslagsstiller (hospital/afdeling, kommune, praksis):

**Er andre parter informeret eller inddraget i forslaget til opgaveoverdragelsen?
Hvis ja, hvem?**

Dato:

2. Udarbejdelse af plan for implementering og evaluering af opgaveoverdragelsen

Der udarbejdes en plan for implementeringen af opgaven, som skal overdrages. Følgende overvejelser kan indgå i planlægningsarbejdet:

1. Hvad er behovet for viden og kompetenceudvikling hos opgavemodtagere?
2. Hvordan skal denne vidensdeling foregå og hvornår?
3. Hvornår starter implementeringen af opgaven?

Efter implementeringen udarbejdes en kort evaluering af opgaveoverdragelsen. Denne sendes til klyngestyregruppen/det sundhedsfaglige ledelsesniveau.

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

1. Struktur for opfølgning

Den fælles administrative opfølgning på sundhedsaftalen sker dels i Temagruppen for Økonomi- og Opfølgning, lokalt i den enkelte klyngestyregruppe samt inden for de enkelte delområder.

Temagruppen for Økonomi og Opfølgning fungerer som det forum, hvori kommuner og region kan analysere og drøfte den økonomiske udvikling på sundhedsområdet.

2. Gensidig orientering om nye tiltag

Kommunerne og Region Midtjylland forpligter sig til gensidigt at orientere om større tiltag og ændringer, hvor der kan være afledte konsekvenser for sektorovergang og den kommunale medfinansiering.

Orientering om større tiltag skal ske rettidigt af hensyn til den gensidige budgetlægning og afgives på møder i Temagruppen for økonomi- og opfølgning samt på klyngeomøderne. Det er meget vigtigt, at der udover selve orienteringen sker en gensidig opfølgning på ændringerne ved bl.a. en sundhedskonsekvensanalyse.

Der henvises i denne forbindelse til principperne om opgaveoverdragelse jf. Aftale om kapacitetsændringer og overdragelse mellem sektorer.

3. Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)

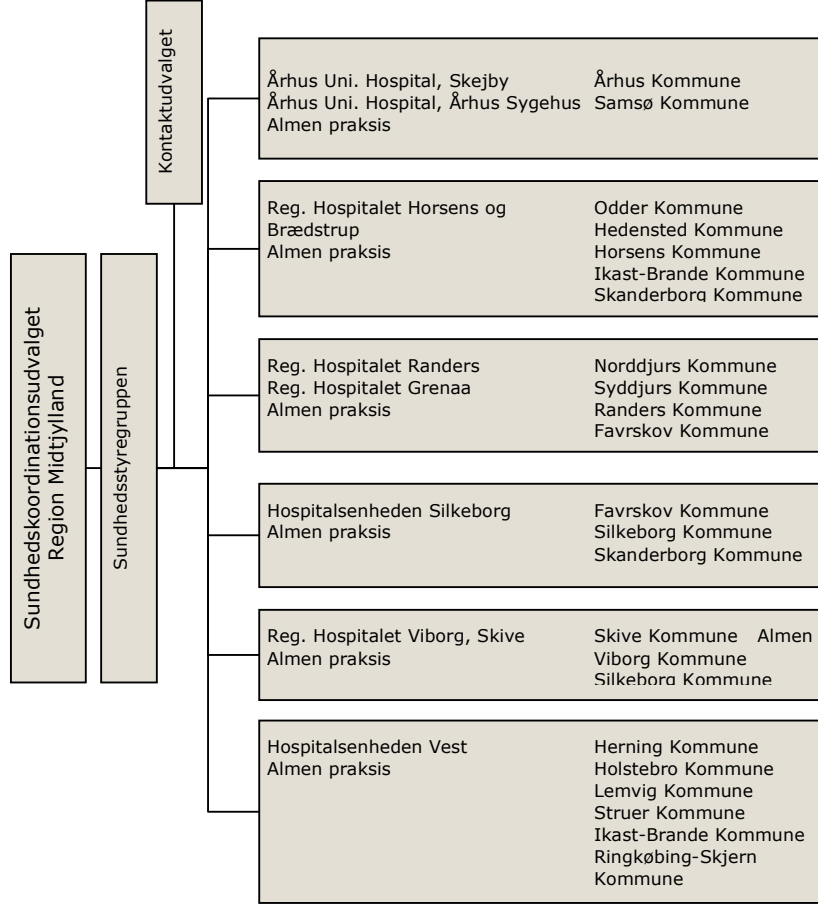
Omkring hvert hospital i regionen er der dannet klynger, hvor de nærliggende kommuner, hospitaler og almen praksis mødes. Der er nedsat en **klyngestyregruppe** for sundhedsaftalen i hver klynge. Repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne og almen praksis aftaler på klyngeniveau, hvordan sundhedsaftalen skal omsættes og implementeres. Det kan eksempelvis være via fælles temadage eller andre initiativer, der sikrer aftalens udbredelse. Da klyngesammensætningen for somatik og psykiatri ikke er ens, er der nedsat klyngestyregrupper for både psykiatri (voksen- og børne-ungdomspsykiatri) og somatik.

Klyngestyregruppen kan af egen drift iværksætte lokale initiativer og forsøgsprojekter, der understøtter det tværsektorielle samarbejde på alle de områder, sundhedsaftalen dækker. Klyngestyregruppen er selv ansvarlig for opfølgning og evaluering af disse initiativer. Resultater og initiativer udviklet i de enkelte klynger kan med fordel præsenteres for Sundhedsstyrelsen med henblik på videndeling og eventuel udbredelse.

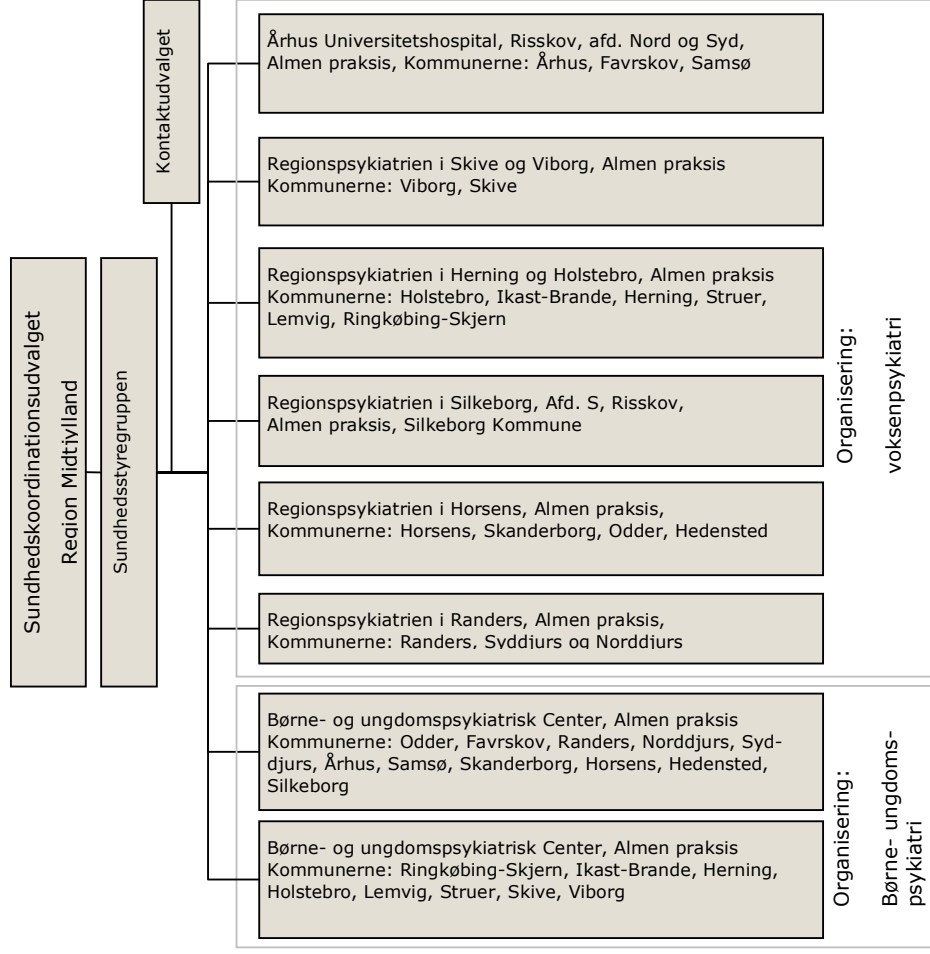
Klyngestyregrupperne mødes som minimum to gange årligt. Til disse møder vil der som fast dagsordenspunkt være fremlæggelse og drøftelse af centrale nøgletal for ho-

spitalernes indsats. Nøgletallene udvides med tal fra kommunerne samt Den Danske Kvalitetsmodels krav til dataindsamling. Se punkt 6 for eksempel på nøgletaloversigt. Herunder følger en oversigt over klyngestrukturen på det somatiske område og i psykiatrien. Regionalt Sundhedssamarbejde har en gennemgående rolle i begge klyngestrukturer som koordinator for samarbejdet.

1 Klyngestruktur Somatik



2 Klyngestruktur Psykiatri



3.1 Somatik: Den enkelte klynges underliggende struktur:

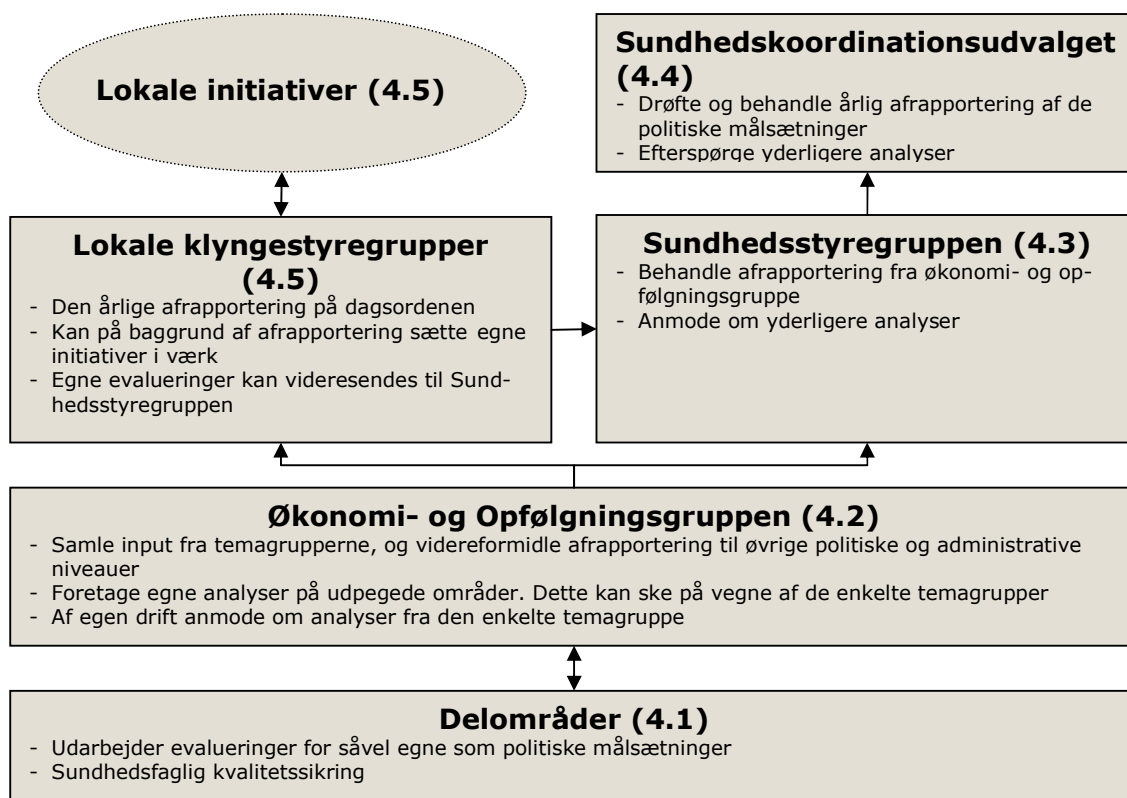
De enkelte klyngeaftaler beskriver, hvorledes klyngen er organiseret.

3.2 Psykiatri: Den enkelte klynges underliggende struktur:

De enkelte klyngeaftaler beskriver, hvorledes klyngen er organiseret.

4. Organisering og sagsgang ift. evaluering af aftalen

Statusopgørelse og afrapporteringen af målsætninger, foretaget af Temagruppen for økonomi og opfølgning, drøftes i Sundhedsstyregruppen og sendes derefter til drøftelse og behandling i Sundhedskoordinationsudvalget. Samtidig behandles evalueringsrapporten i de lokale klyngestyregrupper med henblik på eventuel lokal drøftelse og eventuel opfølgning.



Strukturen og processen for evalueringerne illustreres og beskrives ovenfor:

4.1 Delområder

Delområderne udarbejder evalueringer for de politisk udpegede målsætninger samt eventuelle andre supplerende målsætninger inden for det enkelte område.

De enkelte delområder kan i forhold til opfølgningen have forskelligartede organiseringer. Nogen delområder har stående temagrupper mens andre har nedsatte råd og netværk. Det enkelte delområdes organisering er beskrevet i den respektive delaftale og kan findes som samlet organisationsdiagram under punkt 7 i denne delaftale (under udarbejdelse).

4.2 Temagruppen for Økonomi- og Opfølgning

Temagruppen for økonomi og opfølgning har to overordnede ansvarsområder:

1. Fælles forum, hvor repræsentanter fra kommuner og region i fællesskab kan analysere udviklingen af økonomien på sundhedsområdet. Økonomi- og opfølgningsgruppen kan iværksætte egne initiativer samt komme med forslag til konkrete løsninger på problematikker, der vedrører samarbejdet mellem region og kommuner. Gruppen laver egen statusopgørelse/afrapportering ud fra egne målsætninger. Gruppens målsætninger kan omfatte indsatser på andre delområder
2. Ansvarlig for at samle alle temagruppernes statusopgørelser og afrapporteringer til en samlet opgørelse/rapport og videreformidle denne til øvrige politiske og administrative niveauer. Sekretariatsbetjeningen varetages af to repræsentanter fra Region Midtjylland og to repræsentanter fra kommunerne samt en fra psykiatrien. Temagruppen for økonomi- og opfølgning kan desuden:
 - Bistå de enkelte temagrupper med udarbejdelse af analyser
 - Af egen drift udbede sig datamateriale og analyser fra de enkelte temagrupper/delområder

Som supplement til temagruppen for Økonomi og Opfølgning er nedsat "Arbejdsgruppe for økonomi". Arbejdsgruppen er et fælles informationsforum, der har til opgave at sikre, at alle kommuner har mulighed for at blive hørt og orienteret om de store linjer og initiativer, der pågår i regionen og i kommunerne. Arbejdsgruppen for økonomi består af repræsentanter fra alle kommuner samt region.

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Region Midtjylland.

4.3 Sundhedsstyregruppen

Sundhedsstyregruppen behandler statusopgørelser og afrapporteringen fra Temagruppen for Økonomi og Opfølgning. Derudover kan Sundhedsstyregruppen af egen drift anmode om yderligere datamateriale og analyser fra såvel Temagruppen for Økonomi og Opfølgning som de enkelte temagrupper.

Efter endt behandling sendes opgørelsen/rapporten til Sundhedskoordinationsudvalget.

4.4 Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget behandler statusopgørelser og afrapporteringsrapporten. Desuden kan udvalget anmode om yderligere datamateriale og analyser fra Temagruppen for økonomi og opfølgning samt fra temagrupperne på de andre delområder.

4.5 Lokale klyngestyregrupper og lokale initiativer

Med henblik på, at ledelsesniveauet i klyngerne bliver informeret om status på de enkelte områder inden for sundhedsaftalen, modtager de lokale klyngestyregrupper statusrapport/afrapportering til lokal drøftelse. På baggrund af denne kan lokale initiativer iværksættes (se afsnit 3 i nærværende delaftale).

5. Politiske målsætninger for Sundhedsaftalen

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Indlæggelse	Undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og finde alternativer hertil	95 % af alle indlæggelser er hensigtsmæssige	Afdækkes i 2013 via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse
		Der kan registreres et fald i antallet af genindlæggelser i aftaleperioden	Halvårligt: Antal genindlæggelser opgøres på baggrund af analyser i E-sundhed.	Økonomi- og opfølgningsgruppen
	Inddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det	95 % af patienter og pårørende oplever sig inddraget ved indlæggelsen	2013 Afdækkes via spørgsmål i Landsundersøgelsen af patienttilfredshed (LUP): Primært: "I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje"	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse
	Indlæggelsen forberedes og planlægningen af udskrivelsen påbegyndes ved indlæggelsen – særligt fokus på den ældre medicinske patient	95 % af en indlæggelse er forberedt af praktiserende læge og hjemmeplejen	2013 Afdækkes via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse
		95 % af alle udskrivelser, hvor hjemmeplejen skal inddrages, er påbegyndt ved indlæggelsen	2013 Afdækkes via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Udskrivelse	Den velinformerede patient: Informere patienten om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen	95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen	2013 Afdækkes via spørgsmål i LUP: "Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse" "Hvordan vurderer du, at afdelingen orienterede din praktiserende læge om dit behandlingsforløb"	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse
	Parterne er enige om, at færdigbehandlede somatiske patienter principielt ikke er indlagte	Antallet af sengedage, som færdigbehandlede patienter optager på hospitalsafdelingerne i Region Midtjylland, skal inden udgangen af 2012 være reduceret med 10 %	Opgørelse pr. 2013	Økonomi- og opfølgningsgruppen
	De regninger, kommunerne modtager for færdigbehandlede patienter, er korrekte	95 pct. af de regninger kommunerne modtager på færdigbehandlede patienter skal være korrekte	Opgørelse pr. 2013	Økonomi- og opfølgningsgruppen

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Børn, unge og gravide	Sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med en normal fødsel	Etablering af barselsambulatorier /-afdelinger ved de fødesteder i Region Midtjylland, hvor det endnu ikke er etableret	Omfanget af etablering af regionale barselsambulatorier	Temagruppen for børn, unge og gravide

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

		80 % af alle fødende skal have besøg eller kontaktes af sundhedsplejerske inden en uge efter udskrivelse	2. kvartal 2012 - Omfanget af sundhedsplejerskebesøg og kontakter inden for en uge efter udskrivelse (datatræk fra kommunale journaler/evt. spørgeskemaundersøgelse)	Temagruppen for børn, unge og gravide
		Bedre sammenhæng i forløb og god trivsel (herunder amning)	2. kvartal 2012 - Antal genindlæggelser efter fødslen - Ammefrekvens - Eventuel måling af forældreopfattelsen af sammenhængen mellem hospitalsindsats og sundhedsplejen. - Tværsektoriel statusmøde	Temagruppen for børn, unge og gravide
	Sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med for tidligt fødte	Bedre sammenhæng i forløb og god trivsel	2. kvartal 2012 - Tværsektorielle statusmøder, hvor fagpersoner vurderer indsatsen - Udviklingen i genindlæggelser	Temagruppen for børn, unge og gravide
	Sammenhængende indsats for reduktion af social ulighed herunder indsats for sårbare gravide: - Særlig indsats for gravide med et misbrug af rusmidler eller alkohol i forbindelse med etableringen af et regionalt familieambulatorium i 2010 - Særlig indsats i forhold til systematisk opsporing og håndtering af udsatte gravide	- Tillægsaftale vedr. tværsektorielle samarbejde omkring familieambulatoriet - Tillægsaftale om opsporing og håndtering af sårbare gravide	Tillægsaftale vedr. tværsektorielle samarbejde omkring familieambulatoriet skal være udarbejdet (3. kvartal 2010) Tillægsaftale om opsporing og håndtering af sårbare gravide skal være udarbejdet (2. kvartal 2012)	Arbejdsgruppe vedr. familieambulatorium Temagruppen for børn, unge og gravide
	Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere, hvor indsatsen følges op efter fødslen	Udarbejdelse af fælles strategi, herunder kortlægning af kommunale og regionale rygestoptilbud til gravide og deres familier	2. kvartal 2012 - Kortlægning og strategi er udarbejdet	Temagruppen for børn, unge og gravide
	Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt	- Kortlægning af regionale og kommunale tilbud til børn med overvægt og gravide med overvægt - Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats overfor familier med overvægt	2. kvartal 2012 - Kortlægningerne er udarbejdet - Strategierne er udarbejdet	Temagruppen for børn, unge og gravide

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Træning	Aktivitetsniveauet på genoptræningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland svarer til landsgennemsnittet. Såfremt der er afvigelser, analyseres disse mhp. at vurdere, begrunde og eventuelt udjævne forskelle	- Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan. Dette gælder for både almindelig og specialiseret ambulant genoptræning - Udgifterne til specialiseret ambulant genoptræning pr. 1.000 indbygger i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan - Andelen af specialiseret ambulante genoptræningsplaner i forhold til samtlige genoptræningsplaner er på samme niveau som på landsplan - Udgifterne til genoptræning under indlæggelse pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan - Forskellene mellem kommunerne i forhold til antal genoptræningsplaner i Region Midtjylland reduceres	Målemetode: Følgende nøgletal udarbejdes: - Antal genoptræningsplaner (her laves en opdeling i almindelig og specialiseret genoptræning) - Udgifter til specialiseret ambulant genoptræning - Udgifter til genoptræning under indlæggelse - Udgifter til almindelig ambulant genoptræning - Ventetid på genoptræning De to sidstnævnte nøgletal findes der ikke på nuværende tidspunkt opgørelser over, men der startes en proces for at finde brugbare data. Herefter opstilles målsætninger Niveauet for den enkelte kommune belyses ved at standardisere tallene, og der sammenlignes med "andre kommuner i Region Midtjylland", "hele regionen" og "hele landet" Tidspunkt: Halvårlige opgørelser	Temagruppen vedr. træning Økonomi- og opfølgningsgruppen
	Genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende således, at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning	De nævnte initiativer igangsættes som planlagt	Udarbejdelse af koncept for "Den gode genoptræningsplan" senest primo 2011	Temagruppen vedr. træning
	Sikring af udvikling på genoptræningsområdet og fastholdelse af samarbejdet sektorerne i mellem	De nævnte initiativer igangsættes som planlagt	- Revidering af snitfladekataloget årligt - Udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelser påbegyndes i 2011 - Arbejde med genoptræning versus rehabilitering, f.eks. på kræftområdet i 2011 - Børneområdet er et indsatsområde - Elektronisk kommunikation er et indsatsområde	Temagruppen vedr. træning

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Hjælpemidler og behandlingsredskaber	Etablering af lokal samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber med henblik på at sikre implementering af og opfølgning på aftalen	Samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber er etableret i alle klynger	Ultimo 2011	Temagruppen for hjælpemidler og behandlingsredskaber
	Indførelse af standardiserede hjælpemiddelpakker til udvalgte udskrivelsesforløb som kan sikre en hurtig og smidig indsats	Beskrivelse af udvalgte udskrivelsesforløb udarbejdes	Beskrivelser er udarbejdet af det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet inden 1. januar 2012 Beskrivelserne godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget medio 2012	Temagruppen for hjælpemidler og behandlingsredskaber
		Beskrivelse af hjælpemiddelpakker udarbejdes		
		Der opnås kommunal og regional enighed om udvalgte udskrivelsesforløb og hjælpemiddelpakker		

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Sundhedsfremme og forebyggelse	Forbedre folkesundheden i regionen	Stigning i andel der selv vurderer, at de har et godt helbred til 90 %. I 2006 vurderede 88 %, at de havde et godt helbred (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål B1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Fald i andel daglige rygere til 20 %. I 2006 var der 25 % daglige rygere (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål I1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Fald i andel borgere med et risikabelt alkoholforbrug til 18 %. I 2006 var der 20 % med et risikabelt alkoholforbrug (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det. Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Stigning i andel, der er fysisk aktive dagligt til 40 %. I 2006 var 35 % dagligt fysisk aktive i mindst 30. min. (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål L1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom	Patientens oplevelse af sammenhæng i forløb. Baseline 2010	Redskab udviklet af Center for Kvalitetsudvikling. Tidspunkt: Start 2011 – afslut 2012	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Andel af patienter, der tilbydes årskontroller inden for de tre forløbsprogrammer (KOL, hjertekar og diabetes). Baseline 2010	Opgøres årligt på baggrund af baseline 2010	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis til kommunale tilbud	Registrering påbegyndes i kommunerne primo 2011	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

		Tværasektorielle initiativer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne er igangsat i alle klynger inden udgangen af 2013	Opsamles på klyngestyregruppemøder	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
		Udarbejdelse af forløbsprogrammer	2013: To yderligere forløbsprogrammer er udarbejdet og politisk godkendt	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Børne- og ungdomspsykiatri	Kvalificering af henvisningsforløbet og af henvisninger	At der internt i kommunerne etableres procedurer for at sikre, at alle relevante kommunale indsatser er overvejet/afprøvet før en henvisning	Opfølgning på klyngemøder Evt. audit på henvisninger	Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri
		Den kommunale indsats/ overvejelser inden en henvisning skal dokumenteres i henvisningen		
		Øget inddragelse af praktiserende læger, f.eks. gennem deltagelse af kommunale og regionale praksiskon-sulenter på klyngemøder	Opfølgning på klyngemøder	Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri
		Der udvikles modeller for at bedre samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (Region Midtjylland), kommuner og praktiserende læge, f.eks. via fremskudt team, tværgående visitationsteam el.lign. Kvalificering af henvisninger fra praktiserende læger		Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri
		Fald i antallet af afviste henvisninger	Analyse af de afviste henvisninger mht. kommunefordeling, henviser, indhold etc. Evt. via af audit	Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Voksenpsykiatri	At styrke en sammenhængende og koordineret tværasektoriel indsats for borgere med psykisk sygdom (effekt). Heri indgår forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser af patienter, der er kendt i regionspsykiatri og kommuner, og styrkelse af det tværasektorielle samarbejde for de patienter, der har størst risiko for at droppe ud af behandling og sociale tilbud	Fald i antal færdigbehandlede patienter/forbrugte senge-dag af færdigbehandlede patienter Fald i antal færdigbehandlede cpr.nr. Fald i antal forbrugte senge-dage af færdigbehandlede patienter	Årlig opfølgning i klyngerne	Temagruppen for voksenpsykiatri
		Udarbejdelse af flere koordinationsplaner og udskrivelsesaftaler, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger	Årlig opfølgning i klyngerne Audit ift. effekt - virker de?	Temagruppen for voksenpsykiatri

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

		Fald i antal akutte uhensigtsmæssige indlæggelser, som sker i weekender og efter kl. 16 på hverdage.	Årlig opfølgning i klynger – sker alle-rede	Temagruppen for vok-senpsykiatri
	Fremme sundhed og trivsel blandt borgere med psykisk sygdom (indsatsområder) gennem nedbringelse af overdødelighe-den blandt mennesker med psykiske lidelser	Igangsættelse minimum 1 tværsek-torielt projekt i klyngen til at fremme sundhed og trivsel med henblik på at mindske overdødeligheden blandt mennesker med sindslidelser	Iværksættelse og evaluering af disse tiltag indenfor sundhedsaftaleperi-oden (status primo 2013)	Temagruppen for vok-senpsykiatri

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Utilsigtede hændelser	Forbedring af patientsikkerheden i sek-torovergange hos alle relevante parter i det samlede sundhedsvæsen	Etablering af et tværsektorielt net-værk vedr. utilsigtede hændelser	Det tværsektorielle netværk skal afholde første møde i første halvdel af 2011	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
			Det tværsektorielle netværk evalue-res i 2013 på, om netværket er i stand til at levere de ydelser og ef-fekter, netværket er sat i verden til.	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
		Der sker en systematisk registrering og analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergange	Det tværsektorielle netværk registre-rer, at antallet af indberettede util-sigtede hændelser er i stigning i nærværende sundhedsaftaleperiode	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
			Det tværsektorielle netværk laver aggregerede analyser på baggrund af indberetninger til Dansk PatientSik-kerheds Database	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
			Der nedsættes ad hoc-analysegrupper ved alvorlige utilsig-tede hændelser i sektorovergange. Dette registreres ved, at det tvær-sektorielle netværk delagtiggøres heri	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
		Der sker læring af utilsigtede hæn-delser, som sker i sektorovergange, ved igangsættelse af forebyggende initiativer både i fællesskab og hos den enkelte part	Det tværsektorielle netværk delag-tiggøres i analyseresultater og fore-byggende initiativer fra Utilsigtede Hændelser i sektorovergange.	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
			Det tværsektorielle netværk afrap-porterer til Sundhedskoordinations-udvalget og klyngestyregrupperne	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange
			Der iværksættes forebyggende initia-tiver hos de enkelte parter. Disse beskrives i afrapporteringen	Temagruppen for utilsig-tede hændelser i sektor-overgange

Administrativ aftale om økonomi og opfølgning

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Økonomi	Øget fokus på opgaveoverdragelse	Der udarbejdes vurderinger (mini Medicinsk Teknologi Vurdering) af de sandsynlige konsekvenser af større strukturændringer, organisationstilpasninger og introduktion af nye behandlingstilbud heraf	2013 - Antal vurderinger udarbejdet - Er behovet opfyldt?	Temagruppen for Økonomi og opfølgning
	Forbedring af dataunderstøttelse og øget brug af tilgængelige data	Tværasektorielle kurser i e-sundhed og KØS med henblik på øget viden om adgang til data på tværs af sektorer	Der er gennemført tværasektorielle kurser i e-sundhed og KØS - der afholdes minimum 2 kurser i 2011.	Temagruppen for Økonomi og opfølgning

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Hjernesgadeområdet	Fortsat udvikling og sikring af kompetenceudvikling hos det kommunale frontpersonale, der arbejder med brugere med erhvervet hjerneskade	Frontpersonalet fra alle kommuner i Region Midtjylland deltager i kompetenceudviklende kurser, som blandt andet udbydes af Regionshospitalet Hammel Neurocenter	I 2013 opgøres hvor mange deltagere, der har været på kurserne fra de enkelte kommuner. Herefter opgøres antallet af deltagere hvert andet år	Hjerneskaidesamrådet

Delaftale	Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Elektronisk kommunikation	Overholdelse af tids- og handleplan i "Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitalet"	Tids- og handleplanen følges i alle klynger	2013 • Teknisk implementering registreres via overvågning af MedCom trafik • Organisatorisk implementering registreres via procesmål	Temagruppen for elektronisk kommunikation

6. Eksempel på nøgletalsoversigt

Aktivitetstal	2009	2010
Antal ambulante besøg		
Antal udskrivelser		
Antal sengedage		
Gens. antal sengedage pr. udskrivelse		
Færdigbehandlede somatik ¹		
Færdigbehandlede psykiatri ²		
Genoptræning u. indlæggelse ³		
Genoptræning - alm. ambulant ⁴		
Genoptræning - specialiseret ambulant ⁵		
Hospice - sengedage ⁶		

1. Antallet af sengedage for færdigbehandlet i somatikken

2. Antallet af sengedage for færdigbehandlet på Psykiatrien & Børne -og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland.

3. Antal afregnet ydelser

4. Antal afregnet alm. ambulant genoptrænings ydelser

5. Antal specialiseret afregnet genoptræningsydelser

6. Hospices i Region Midtjylland

Økonomi	2009	2010
Kommunal medfinan. sta. somatik		
Kommunal medfinan. amb. somatik		
Kommunal medfinan. genop. u. indl.		
Kommunal medfinan. sta. psykiatri ⁵		
Kommunal medfinan. amb. psykiatri ⁶		
Kommunal medfinansiering ⁷		
Kommunal medfinansiering, total ⁸		
Finan. færdigbehandlede		
Finan. færdigbeh. psykiatri ⁹		
Finan. hospice ¹⁰		
Finan. alm. ambulant genoptræning		
Finan. specialiseret ambulant genopt.		
Kommunal finansiering, total ¹¹		
Total medfinan. og finan.		
Antal indbygger ¹²		
Udgifter pr. indbygger - K.M. og Finan.		

5,6,9. Indenfor Region Midtjylland

7. Afregnet kommunal medfinansiering for aktivitet

8. Afregnet kommunale medfinansiering for alle hospitaler, psykiatrien og praktisksektoren.

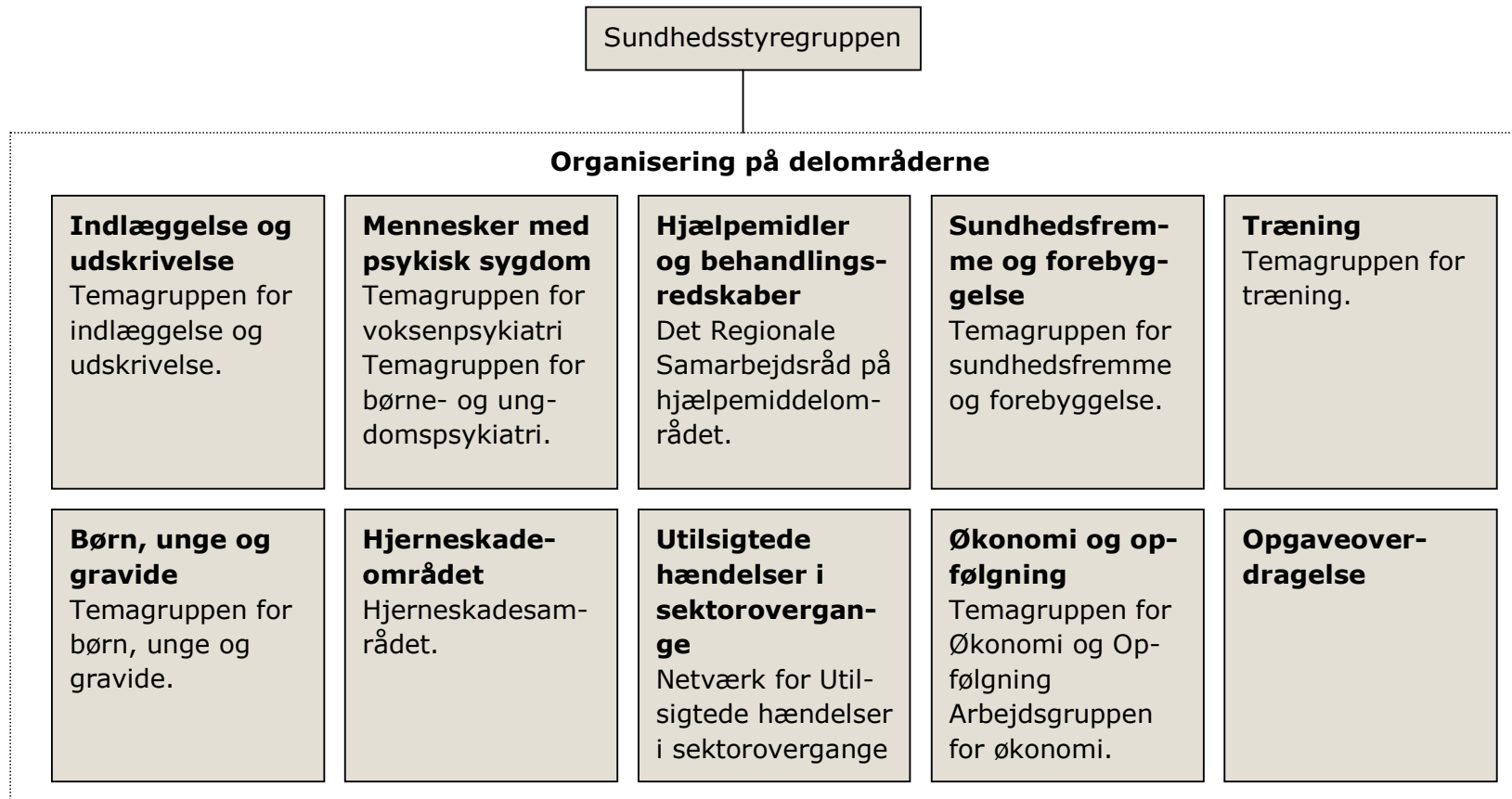
10. Hospices i Region Midtjylland

11. Kommunal finansiering for alle hospitaler, psykiatrien og hospices.

12: Kilde: De kommunale nøgletal, Velfærdsministeriet, samt Kommunal udligning og generelle tilskud

Kilde: eSundhed, ePortalen, Genoptræningstal

7. Organisering af de enkelte delområder



Yderligere aftaleområder

1. Sundhedsaftaler på hjerneskadeområdet

Hjerneskadesamrådet i Region Midtjylland har i 2010 nedsat to arbejdsgrupper, som skal udarbejde en sundhedsaftale for henholdsvis børn og unge med erhvervet hjerneskade og voksne med erhvervet hjerneskade. Begge sundhedsaftaler forventes klar til politisk behandling medio 2011.

Sundhedsaftalerne vil have fokus på overgangen mellem primær og sekundær sektor, og de vil tage udgangspunkt i den nye generelle sundhedsaftale.

2. Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler

Planen er udarbejdet af temagruppen for elektronisk kommunikation og indeholder blandt andet følgende anbefalinger til det videre arbejde med elektronisk kommunikation:

- Hvor MedCom standarder foreligger, skal disse anvendes
- Alle parter er forpligtede til at følge de opstillede tidsplaner. Skulle nogle parter være længere fremme end den opstillede tidsplan kan man frit påbegynde implementering af andre kommunikationsstandarder
- Nærmere tidsplaner for test og implementering sker i forbindelse med forhandlingerne om 2. generations sundhedsaftaler
- Der indgås en regional § 2 aftale med praktiserende læger om kommunikation mellem læger og kommuner
- For at understøtte implementeringen indeholder planen:
 - Etablering af brugergrupper for de enkelte EOJ
 - Etablering af en task-force, der kan hjælpe de enkelte parter i gang - både teknisk og organisatorisk
 - Udpegning af ansvarlige kontaktpersoner på alle hospitaler, i alle kommuner og i region
 - Der udarbejdes en manual, som beskriver hvilke skridt de enkelte parter skal tage, for at iværksætte kommunikation via det danske sundhedsdata-net
- De enkelte parter skal i egne budgetter finde plads til de investeringer, som opfyldelse af nærværende strategi kræver

3. Tandplejeområdet

Kommuner, region og privatpraksis har et delt ansvar på tandplejeområdet. Der er derfor behov for koordinering mellem sektorerne specielt i forhold til specialtandpleje og regionstandpleje.

3.1 Regional specialtandpleje

Specialtandpleje fastlægges i Sundhedsloven (§ 133 og 134) som en kommunal myndighedsopgave, hvor det fulde finansieringsansvar påhviler kommunen. Regionen har ansvaret for at stille de nødvendige behandlingspladser til rådighed for de kommuner, der ikke ønsker eller har mulighed for at tilbyde et specialiseret tandplejetilbud.

Kommunerne og Region Midtjylland indgår hvert år en aftale om specialiserede tandplejetilbud. Den regionale specialtandpleje i Region Midtjylland tilbyder følgende behandlingsydelser til kommunerne:

- Diagnostisk udredning og behandlingsplanlægning
- Specielle enkeltopgaver, der ikke kræver anvendelse af generel anæstesi
- Regelmæssig opsøgende, forebyggende og behandlende tandpleje
- Tandbehandling i generel anæstesi
- Akut nødbehandling til specielle patientgrupper udenfor regelmæssig specialtandpleje
- Opsøgende tandplejeaktiviteter i kommunen

Region Midtjylland har organiseret den regionale specialtandpleje som en samlet enhed i regionen med Afdeling for Regional Specialtandpleje på Regionshospitalet Viborg. Afdelingen har tandklinikker på fire matrikler – Odder, Randers, Holstebro og Viborg og desuden adgang til at udføre behandling i generel anæstesi på de tre af hospitalernes operationsafsnit.

For at drøfte og evaluere samarbejdet, lovgivningen, nye tiltag, m.v. har parterne etableret et samarbejdsudvalg med tre repræsentanter for samarbejdskommunerne i regionen, en repræsentant fra Regional Specialtandpleje og en repræsentant fra Regionalt Sundhedssamarbejde.

3.2 Regionstandplejen

Gruppen af børn og unge (under 18 år), der pga. manglende anlæg af tænder, tanddannelsesforstyrrelser m.v., risikerer varig funktionsnedsættelse har behov for en indsats, hvor såvel kommune, region og privatpraksis er involveret.

For at sikre barnet/den unge et sammenhængende behandlingstilbud i det niveaudelte system yder Regionstandplejen (Sundhedslovens § 162) et konsultativt og behandlingsmæssigt tilbud i samarbejdet med den kommunale børne- og ungdomstandpleje.

Regionstandplejen er organiseret som én samlet regional enhed ("§ 162-enheden") tilknyttet Kæbekirurgiskafdeling Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

For at drøfte faglige problemstillinger, lovgivning, nye tiltag, mv. har parterne etableret et samarbejdsudvalg for kommunal og regional tandpleje med to repræsentanter fra

regionstandplejen, tre repræsentanter fra kommunerne, to repræsentanter fra praksis og en repræsentant fra Regionalt Sundhedssamarbejde.

3.3 Organisering

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland fungerer som koordinationsudvalg på tandområdet. Sundhedskoordinationsudvalget har i den forbindelse etableret et forberedende udvalg til tandsager – Teknisk-administrativt udvalg.

Teknisk-administrativt udvalg har til opgave at drøfte og forberede sager på alle kommunale og regionale tandfunktionsområder af betydning for koordinering mv. af den kommunale og regionale tandpleje/praksistandpleje.

Udvalget er sammensat af faglige og ikke-odontologiske repræsentanter for praksis, kommuner og region. Der er således udpeget:

- Tre faglige repræsentanter for kommunerne
- En administrativ repræsentant for kommunerne
- Tre faglige repræsentanter for hospitalerne
- En faglig repræsentant for Tandlægehøjskolen
- To faglige repræsentanter for praksis
- To repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde (formand og sekretariat)

Udvalget mødes 2 gange årligt.

Der er endvidere etableret to faglige samarbejdsudvalg under det teknisk-administrative udvalg. Samarbejdsudvalget for kommunal og regional tandpleje og Samarbejdsudvalget for specialtandpleje. Derudover har Teknisk-administrativt udvalg nedsat to ad hoc arbejdsgrupper om interceptiv (tidlig vækstregulerende) tandregulering og om tandlægevagt.