Region Midtjylland

Strategiplan for revision af sundhedsaftalerne

Bilag

til Kontaktudvalgets møde den 2. november 2007

Punkt nr. 3

Regionshuset
Viborg
Psykiatri- og Socialstaben
Skottenborg 26
DK-8800 Viborg

Notat vedrørende fornyelse af sundhedsaftalernes indsatsområde 6 vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser

Dato 12.10.2007
Peter Løvbjerg Christensen
Tel. +45 8728 4017
Peter.loevbjerg@ps.rm.dk
Sag nr. 1-30-74-82-07

Sundhedsstyrelsen har godkendt de 19 sundhedsaftaler, der blev indgået mellem kommunerne og Region Midtjylland i foråret 2007.

Sundhedsstyrelsen finder dog, at 4 af de krav vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser, som fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning, ikke er opfyldt fuldt ud eller ikke opfyldt i de 19 sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsen har fastlagt, at der skal indsende reviderede sundhedsaftaler senes den 1. oktober 2008 til Sundhedsstyrelsen.

Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen, der koordinerer arbejdet med fornyelsen af sundhedsaftalen på psykiatriområdet, har drøftet fornyelse af den del af sundhedsaftalerne, som vedrører indsatsen for mennesker med sindslidelser, på møde den 5. oktober 2007.

Der er i Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen enighed om:

- At arbejdet med fornyelse af sundhedsaftalerne primært har fokus på, at bringe aftalerne i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens bemærkninger.
- At der nedsættes en redaktionsgruppe med 3 kommunale og 3 regionale repræsentanter, som skal udarbejde forslag til tekst til den generelle sundhedsaftale henholdsvis vedrørende 1) dobbeltdiagnosepatienter, 2) børn af sindslidende og 3) planlægning og styring af kapacitet. Herudover skal redaktionsgruppen gennemgå den generelle sundhedsaftale og slette unødvendige beskrivelser af forældede/allerede gennemførte initiativer.
- At redaktionsgruppen fremlægger sine forslag på møde i DAS efter nytår.
- At Sundhedsstyregruppen orienteres om Den Administrative Styregruppes beslutninger om tilrettelæggelsen af processen med fornyelsen af sundhedsaftalerne på psykiatriområdet.
- At Den Administrative Styregruppe på næste møde den 5.-6. december orienteres om den nærmere tidsplan for arbejdet

med fornyelsen af sundhedsaftalerne på baggrund af de afholdte møder i Sundhedsstyregruppen den 31. oktober og i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. november.

Principper for arbejdet med sundhedsaftalernes indsatsområde 6 vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser

Udgangspunktet for arbejdet med arbejdet med sundhedsaftalernes indsatsområde 6 vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser er:

- At der udarbejdes en revideret generel sundhedsaftale primært indeholdende ændringer på de områder, hvor Sundhedsstyrelsen har bemærkninger.
- At den reviderede generelle sundhedsaftale udformes så den efterfølgende kan tiltrædes som bilateral aftale mellem regionen og samtlige kommuner, således at der i videst mulig udstrækning fastholdes et fælles aftalegrundlag.
- At aftalen fortsat skal være værdibaseret og ikke for detaljeret for at sikre holdbarheden.
- At der fortsat er mulighed for at udarbejde lokale mere detaljerede supplerende aftaler i forbindelse med udmøntningen af sundhedsaftalen.

Handleplan for arbejdet med fornyelse af sundhedsaftalerne på psykiatriområdet

Arbejdet med fornyelsen af sundhedsaftalerne omfatter:

- De 4 Temaer, som Sundhedsstyrelsens bemærkninger til sundhedsaftaftalens beskrivelse af indsatsen for mennesker med sindslidelser giver anledning til

- Temaer, som dagsordensættes af Sundhedsstyregruppen, som også berører psykiatrien

Handleplan for Sundhedsstyrelsens bemærkninger til sundhedsaftalernes indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Sundhedsstyrelsens bemærkning	**Handleplan**
Den generelle arbejds- og ansvarsfordelingen mellem kommuner og Region skal udbygges med en beskrivelse af arbejds- og ansvarsfordelingen mellem parterne vedrørende dobbeltdiagnosepatienter	Redaktionsgruppen udarbejder et forslag til tekst til den generelle sundhedsaftale. Der udarbejdes i overensstemmelse med anbefalingerne fra temagruppen om samarbejdet om patienter med dobbeltdiagnoser en generel beskrivelse af arbejds- og ansvarsfordelingen baseret på dannelsen af faste lokale fællesteams mellem behandlingspsykiatrien, kommunens misbrugsbehandling og relevant kommunal socialafdeling. Alle patienter med dobbeltdiagnose kan henvises til disse teams. Teamets opgave er at udarbejde en fælles behandlingsplan og koordinere behandlingsindsatsen. Etableringen af de lokale fællesteam og teamenes arbejdsprocedurer fastlægges i

Sundhedsstyrelsens bemærkning	Handleplan
	lokale aftaler, der supplerer sundhedsaftalen.
Aftalerne skal konkretisere, hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behovet for indsats i forhold til børn af familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse i familien	Redaktionsgruppen udarbejder et forslag til tekst til den generelle sundhedsaftale **F**er udarbejdes en generel "men mere præcis" beskrivelse af ansvarsfordelingen i forhold til at det sikres, at der foretages en vurdering af behovet for indsats i forhold til børn af familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse i familien Temaet tages op i det lokale samarbejde, og der indgås eventuelt lokale aftaler, der supplerer sundhedsaftalen.
Aftalerne skal beskrive, hvordan den administrative styregruppe og de lokale samarbejdsfora vil sikre effektiv planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med en sindslidelse.	Redaktionsgruppen udarbejder et forslag til tekst til den generelle sundhedsaftale. På det øvrige sundhedsområde er det aftalt, at der indenfor klyngesamarbejdet etableres en styregruppe for hver af de 6 klynger, som mødes to gange om året. Det vil i de reviderede sundhedsaftaler blive anført, at den lokale koordinering og styring af kapaciteten i og imellem de regionale og de kommunale tilbud indgår som et fat punkt på disse styregruppemøder. På psykiatriområdet udarbejdes tilsvarende en beskrivelse af, hvordan planlægning og styring af kapacitet drøftes årligt i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen og drøftes på lokale bilaterale møder mellem kommunerne og regionen
Aftalerne skal konkretisere, hvordan der følges op på aftalerne, herunder hvordan opfølgningen er organiseret og planlagt med hensyn til indholdet af opfølgningen og tidsplanen for opfølgningen	Det er besluttet, at opfølgningen på sundhedsaftalerne på det somatiske område foregår i de lokale styregrupper i klyngerne, mens opfølgningen på psykiatriområdet foregår i Den Administrative styregruppe og i lokale samarbejdsfora. Den Administrative styregruppe afventer sundhedsstyregruppens drøftelse, før der tages stilling til, hvordan opfølgningen tilrettelægges på psykiatriområdet.

Handleplan i forhold til Sundhedsstyregruppens bemærkninger om initiativer, som også berører indsatsen for mennesker med sindslidelser

Sundhedsstyregruppens temaer	Handleplan
Forbedring af formidling og kontaktoplysninger til borgerne	Det er aftalt i Sundhedsstyregruppen, at Kontaktudvalget mellem kommunerne og

Sundhedsstyregruppens temaer	Handleplan
En informationsstrategi, som udelukkende baseres på kommunikation via internet afskærer nogle borgere fra adgang til information	Region Midtjylland udarbejder et forslag til, hvordan formidlings og kontaktopgaver til borgere og patienter, som foregår i henholdsvis kommunalt og regionalt regi, kan forbedres. Forslagene forelægges Sundhedsstyrelsen til godkendelse og med efterfølgende godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget. Forslagene skal efterfølgende indgå i de enkelte relevante sundhedsaftaler. Den Administrative Styregruppe drøfter Kontaktudvalgets forslag, når disse foreligger mhp. evt. indarbejdelse af disse i den generelle sundhedsaftale på psykiatriområdet
Fælles forståelse vedrørende færdigbehandlede patienter	Det er aftalt i Sundhedsstyregruppen, at temagruppen, som skal revidere sundhedsaftalerne om indlæggelse og udskrivelse, får ansvaret for at udarbejde en beskrivelse af "en fælles overordnet forståelse af, hvad kommunen overordnet kan forvente, at der er sket af behandlingsindsats under indlæggelse, samt hvad det er for en grad af færdigbehandling, patienter udskrives med, og eventuel hvilke sundhedsydelser kommunen selv må forvente at skulle yde for at færdigbehandle en patient/borger." Temagruppen forudsættes at inddrage øvrige temagrupper i en eller anden form i processen. Psykiatriområdet deltager ikke i arbejdet, men Den Administrative Styregruppe vil på baggrund af temagruppens oplæg, drøfter en eventuel tilsvarende proces på psykiatriområdet uafhængigt af arbejdet med sundhedsaftalerne.

Udkast:
Beslutningsplan for revidering og udvikling af sundhedsaftaler i Region Midtjylland

2007	**Administrative udvalg/ organisationer**	**Politiske udvalg**	**Tema- og arbejdsgrupper**
Medio oktober	***Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg*** 1) Udpegning af kommunale repræsentanter til tema-grupperne. 2) Godkendelse af plan for udarbejdelse af oplæg til overordnet plan for: - Patient og borgerinformation. - Koordinering og styring af kapacitet. - Overordnet opfølgningsplan for Sundhedsaftalerne vedr. - Implementeringsplan - Monitoreringsplan. - Evalueringsplan.		
2. november		***Kontaktudvalg:*** Orientering om: - Strategiplan - Tidsplan	
20. November		***Sundhedskoordinations-udvalget:*** Godkendelse af: - Strategiplan - Kommissorier - Tidsplan - Gruppesammensætning	
4. december		**Forretningsudvalg** Godkendelse af: - Strategiplan - Kommissorier - Tidsplan Gruppesammensætning	
12.december		**Regionsråd** Godkendelse af: - Strategiplan - Kommissorier - Tidsplan Gruppesammensætning	
2007-2008			
Medio november /medio januar			***Revision og/eller udvikling af sundhedsaftalerne:***
			Temagruppen vedr. indlæggelse og udskrivelse: Udarbejde udkast til revidering af sundhedsaftale, revurdering af varslingsfrister og udarbej-delse af fælles forståelses-ramme for "færdigbehandlet på sygehus"
			Temagruppen vedr. træningsområdet: Udarbejde udkast til

			revidering af sundhedsaftalen.
			Temagruppen vedr. hjælpemiddelområdet: Udarbejde udkast til revidering af sundhedsaftalen.
			Temagruppen vedr. forebyggelse og sundhedsfremme: Udarbejde udkast til revidering af sundhedsaftalen.
			Temagruppen vedr. indsatsen for mennesker med sindslidelser: Evt. uarbejde udkast til revidering af Sundhedsaftale.
			Temagruppen vedr. svangre, børn og unge: Udarbejde udkast til Sundhedsaftale om indsatsen vedr. svangre, børn og unge.
			Temagruppen vedr. kronikerindsats. Udarbejde udkast til Sundhedsaftale om kronikerindsatsen.

2008	**Administrative udvalg/ organisationer**	**Politiske Udvalg**	**Tema- og arbejdsgrupper**
Januar	***Strategisk Sundhedsledelsesforum (evt. selvstændigt møde for hospitalsledelserne):*** Orientering om status forud for de bilaterale forhandlinger	**Sundhedskoordinations-udvalget** Repræsentanter fra kommunalbestyrelserne fra kommunerne i de seks klynger. (i alt seks møder)	
Februar – Marts	***Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg:*** Drøftelse af udkast til den reviderede sundhedsaftale.		
	Sundhedsstyregruppen: Godkendelse af udkast til den reviderede sundhedsaftale.		
		Kontaktudvalg: Orientering om udkast til den reviderede sundheds-aftale.	
		Sundhedskoordinations-udvalg: Orientering om udkast til den reviderede sundheds-aftale.	
	Klyngestyregrupperne: Udkastet til den reviderede sundhedsaftale på dagsorden på de ordinære klyngestyre-gruppemøder i de 6 hospitals-		

	enheder.		
April - maj	***Regionalt Sundhedssamarbejde og 19 kommuner:*** Bilaterale forhandlinger af udkast til den reviderede sundhedsaftale.	***Sundhedskoordinations-udvalg:*** Godkendelse af den reviderede sundhedsaftale.	
September		***Kommunalbestyrelser:*** Godkendelse af den reviderede sundhedsaftale.	
16. september		***Forretningsudvalg:*** Godkendelse af den reviderede sundhedsaftale.	
24. september		***Regionsrådet:*** Godkendelse af den reviderede sundhedsaftale	
1. oktober	***RSS:*** Indsendelse af den reviderede sundhedsaftale til Sundheds-styrelsen.		

Regionshuset
Viborg
Regionalt Sundhedssamarbejde
Sundhedsstaben
Skottenborg 26
DK-8800 Viborg
Tel. +45 0000 0000
afdelingsmail@regionmidtjylland.dk
www.regionmidtjylland.dk

Strategiplan for revision og udvikling af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland.

Dato 10.09.2007
Anita Fogh
Tel. +45 8628 4675
Anita.Fogh@stab.rm.dk

1. Indledning

Ultimo marts 2007 havde Region Midtjylland og regionens kommuner indgået 19 bilaterale sundhedsaftaler, som blev sendt til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Allerede på dette tidspunkt var aftaleparterne opmærksomme på, at der var behov for at færdiggøre visse aftaledele, som ikke var nået på grund af tidspres under udarbejdelse af sundhedsaftalerne. Desuden var der under de bilaterale forhandlinger udtrykt ønsker om nye aftaleområder.

Den 25. maj 2007 kom Sundhedsstyrelsen godkendelse af de 19 sundhedsaftaler, idet der er en række forudsætninger, som skal beskrives, for at alle krav på de enkelte indsatsområder er opfyldte[1]. Det betyder, at reviderede sundhedsaftaler senest den 1. oktober 2008 skal sendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet vurdering og godkendelse[2].

Sundhedsaftalerne er dermed et dynamisk politisk, administrativt og fagligt samarbejdsredskab, som løbende vil være under udvikling.

I det følgende beskrives de forudsætninger, som Sundhedsstyrelsen har efterspurgt for opfyldelse af kravene i sundheds aftalerne og de forbedrings- og videreudviklingsområder, som Region Midtjylland allerede nu ønsker igangsat. Desuden beskrives forslag til handleplan for dette arbejde.

[1] Sundhedsstyrelsen. Brev af 25. maj 2007 til Regionsrådet i Region Midtjylland og kommunalbestyrelserne i regionen 19 kommuner om godkendelse af sundhedsaftalerne. J.nr. 7-203-05-82/6.
[2] Sundhedsstyrelsen. Brev af 2. juli 2007 til Kommunalbestyrelser og Regionsråd om forlænget frist for indsendelse af reviderede sundhedsaftaler. J.nr. 7-203-05-96/1/JHJ.

2. Sundhedsstyrelsens tilbagemelding

Til regionens sundhedsaftaler havde Sundhedsstyrelsen både generelle bemærkninger og specifikke i forhold til hver enkelt sundhedsaftale.

2.1. De generelle bemærkninger til sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen har tre generelle bemærkninger til regionens sundhedsaftaler. Den første er, at parterne flere steder i sundhedsaftalerne henviser til Web - baserede oversigter på hjemmesider ved påkrævede formidlings- og kontaktopgaver. Styrelsen bemærker, at en informationsstrategi, som kun baseres på kommunikation via Internet, afskærer borgere/patienter uden adgang til Internet fra denne information, og at denne problemstilling skal imødegås i de fremtidige sundhedsaftaler. For det andet, at aftalernes beskrivelse af, hvordan der sikres koordinering og styring af kapacitet i og imellem de regionale og kommunale tilbud, flere steder er mangelfuldt beskrevet. Og for det tredje finder Sundhedsstyrelsen, at beskrivelsen af opfølgningen indenfor de enkelte indsatsområder er for overordnet beskrevet og ønsker en konkretisering af, hvordan opfølgningen skal organiseres og planlægges med hensyn til indhold samt tidsplan herfor.

2.2. De specifikke bemærkninger til de 19 sundhedsaftaler.

Sundhedsstyrelsen har gennemgået og vurderet hver enkelt af de 19 bilaterale sundhedsaftaler for hvert af de 6 obligatoriske indsatsområder. Bemærkningerne er, når disse sammenlignes og vurderes, stort set identiske i de 19 bilaterale aftaler med mindre forskelle i formuleringerne eller udeladelse af bemærkninger. Der er udarbejdet en samlet oversigt over Sundhedsstyrelsens bemærkninger, hvor sundhedsaftalerne fra Herning Kommune er brugt som reference, og hvor styrelsens bemærkninger fremgår. I de bilaterale sundhedsaftaler, hvor styrelsens bemærkninger adskiller sig fra referencen, fremgår det hvilken kommune, det drejer sig om, og hvordan teksten er anderledes. Oversigten er vedlagt som bilag 1.

2.3. Overordnet organisering af arbejdet med revisionen af sundhedsaftalerne

Arbejdet med revision og udvikling af sundhedsaftalerne koordineres administrativt af Sundhedsstyregruppen, som består af de kommunale sundhedschefer og repræsentanter fra Regionens Sundhedsstabe og hospitalsledelser mfl. På psykiatriområdet fungerer Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen på socialområdet, som overordnet samarbejdsforum for den del af sundhedsaftalen, som vedrører indsatsen for mennesker med sindslidelser inkl. demensområdet (sundhedsaftalens tema 8). Lokalt følges der på det somatiske sundhedsområde op på sundhedsaftalerne på de såkaldte klyngemøder mellem hvert hospital og nærmeste brugerkommuner, mens opfølgningen på psykiatriområdet sker dels i Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen dels i de nyetablerede samarbejdsfora mellem de nye voksenpsykiatridistrikter og hver kommune.

Også den kommende revision af sundhedsaftalerne tager udgangspunkt i, at der er forskellige aktører og samarbejdsfora involveret, når det gælder henholdsvis det somatiske og psykiatriske sundhedsområde.

2.4. Nedsættelse af temagrupper

De faglige temagrupper, som i 2006 stod for udarbejdelse af delforslag til den generelle sundhedsaftale, bestod af 30-35 personer og var af den grund arbejdsmæssigt meget tunge. Da det forsat er den generelle sundhedsaftale, som skal underlægges en revision, foreslås, at det nye revisionsarbejde tilsvarende foregår i temagrupper, dog med et reduceret antal medlemmer.

På det somatiske område foreslås det, at der til hver temagruppe udpeges 1 kommunal repræsentant fra hver af de seks klynger, så 4 af medlemmerne er sundhedsfaglige ledere og 2 økonomiske medarbejdere/ledere, 2 sundhedsfaglige ledelsesrepræsentanter udpeget af de seks hospitalsenheder, 1 praksiskonsulent udpeget af almen praksis samt 2-3 repræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde). Der vil kunne være mindre variationer i sammensætningen, afhængigt af indholdet i temagruppens opgave. Desuden foreslås et delt formandskab mellem regionen og kommunerne, mens selve sekretariatsfunktionen varetages af regionen (Regionalt Sundhedssamarbejde).

På psykiatriområdet forslås organiseringen og udpegningen af repræsentanter aftalt i Den Administrative styregruppe vedrørende rammeaftalen.

Forslag til handleplan for de generelle bemærkninger:

a. Patient- og borgerinformation ved formidlings- og kontaktopgaver:

Kommunekontaktrådet og afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde udarbejder et forslag til, hvordan formidlings- og kontaktopgaver til patienter og borgere, som foregår i henholdsvis kommunalt og regionalt regi, kan forbedres. Disse forslag til forbedret patient- og borgerinformation forelægges for Sundhedsstyregruppen til godkendelse og med efterfølgende politisk godkendelse i sundhedskoordinationsudvalget. Forslagene skal efterfølgende indgå i de enkelte relevante sundhedsaftaler.

b. Sikring af koordinering og styring af kapaciteten i og imellem de regionale og kommunale tilbud:

I de allerede indgåede bilaterale sundhedsaftaler er der på det somatiske sundhedsområde i hver klynge aftalt strukturen for, hvordan der skal samarbejdes om opfølgningen af sundhedsaftalerne, idet der i hver klynge er etableret en styre-gruppe med administrative og sundhedsfaglige ledere og med minimum to styregruppemøder om året. Den lokale sikring af koordineringen og styringen af kapaciteten i og imellem de regionale og kommunale tilbud foreslås indgå som et fast dagsordenpunkt på disse styregruppemøder.

På det psykiatriområdet aftaler Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen hvorledes, koordinering og styring af kapacitet skal foregå.

c. Opfølgning af sundhedsaftalerne:

Der er som nævnt allerede besluttet, at opfølgningen på sundhedsaftalerne på det somatiske sundhedsområde foregår i de lokale styregrupper i klyngerne, mens opfølgningen på psykiatriområdet foregår i Den Administrative Styregruppe vedrørende rammeaftalen og i de lokale samarbejdsfora mellem voksenpsykiatridistrikterne og hver enkelt kommune.

Der skal udarbejdes en overordnet opfølgningsplan for sundhedsaftalerne, som indeholder:
1.) En implementeringsplan for regionale initiativer. I planen skal det fælles regionale arbejdsredskab indgå (se afsnit 5 om) samt en beskrivelse af lokale initiativer og ansvarsområder.
2.) En monitoreringsplan for de fælles regionale monitoreringsområder med beskrivelse af de fælles registrerings- og måleparametre samt hvilke databaser registreringen skal foregå i. Dette skal ske inden for hver af de obligatoriske sundhedsaftaler. Heri vil indgå materiale fra økonomigruppen.
3.) En evalueringsplan for de fælles regionale evalueringsområder og - metoder, som skal anvendes inden for hver af de obligatoriske sundhedsaftaler. Metoderne kunne være audit, fokusgruppeinterviews af sundhedspersonale i primær og sekundær sektor og udvidelse af den regionale/ nationale patient-tilfredshedsundersøgelse, så relevante spørgsmål for opfyldelse af formålet med sundhedsaftalerne indgår. Desuden skal der sikres sammenhæng med de standarder og indikatorer, som skal anvendes i Den Danske Kvalitetsmodel.

Denne overordnede opfølgningsplan skal efterfølgende indarbejdes i sundhedsaftalerne.

Forslag til handleplan for de specifikke sundhedsaftaler:
Til revidering af den generelle sundhedsaftale jf. Sundhedsstyrelsens bemærkninger nedsættes der 5 nye temagrupper på det somatiske sundhedsområde indenfor rammerne af den overordnede arbejdsgruppe-struktur, som er beskrevet i punkt 2.4. Sundhedsaftalen om Udskrivelse af svage ældre og Indlæggelse er som tidligere samlet i én temagruppe.

På psykiatriområdet forslås organiseringen og udpegningen af repræsentanter aftalt i Den Administrative styregruppe vedrørende rammeaftalen.

Forslag til kommissorier og sammensætning af temagrupperne forelægges Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

3. Udvikling af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland
Udviklingen af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland omfatter både forbedringer af den generelle sundhedsaftale og de udviklingsområder, som samarbejdsparterne har ønske udviklet.

3.1. Varslingsfrister
Da 1. generation af de generelle sundhedsaftaler blev udarbejdet, betød den meget korte arbejdsperiode, at de nu vedtagne varslingsfrister i sundhedsaftalen om udskrivelse ikke blev tilstrækkeligt gennem-bearbejdet og gennemdrøftet parterne imellem. Efterfølgende er der fremkommet bemærkninger om forskellige uhensigtsmæssigheder ved varslingsfristerne. Det drejer sig bl.a. om uklare formuleringer og uheldige forhold for patienterne og økonomien. På den baggrund vil det være fornuftigt, at de generelle varslingsfrister ved udskrivelse fra sygehus bliver drøftet på ny.

Forslag til handleplan:
Revurdering af varslingsfristerne indgår i arbejdskommissoriet hos den arbejdsgruppe, som skal revidere sundhedsaftalen om "Udskrivelse" i forhold til Sundhedsstyrelsens bemærkninger.

3.2. Fælles forståelse og definering af begrebet "færdigbehandlet".

I den nye sundhedslov[3] indgår begrebet "færdigbehandlet" patient som et centralt begreb i sundheds-samarbejdet mellem region og kommune, både sundhedsfagligt og økonomisk.

Kommunerne skal efter kommunalreformen medfinansiere egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og herunder betale en obligatorisk plejetakst for sygehusbehandling af færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Kommunerne er økonomisk kompenseret for indførelsen af den obligatoriske takst for færdigbehandlede patienter (DUT). En patient registreres som færdigbehandlet "når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, det vil sige, når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling", jvf cirkulære om aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering.

Sundhedsfagligt indgår begrebet i sundhedsaftalen om udskrivningsforløb for svage ældre patienter, hvor koordination af kapacitet skal sikre, at disse patienter kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt, efter de er færdigbehandlede. Desuden nævnes, at det kan være relevant, at der i sundhedsaftalen beskrives en fælles forståelse mellem kommune og sygehuse af begrebet "færdigbehandlet"[4].

Relevansen i anvendelsen af begrebet rækker længere end ved udskrivelse af svage ældre patienter. Begrebet færdigbehandlet patient vil indgå i den kommunale vurdering ved stort set alle patienter, der udskrives efter behandling på et sygehus, fordi der er en kobling mellem den kommunale medfinansiering og sygehusenes leverede sundhedsydelser (lægelig behandling, rehabiliterende sygepleje og genoptræning samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme). Det kommunale sundhedsvæsen har i det regionale sundhedssamarbejde også udtrykt usikkerhed om, hvilket niveau for færdigbehandlet, som kommunen kan forvente, at patienter har opnået ved en udskrivelse.

Økonomisk anvendes begrebet som et vigtig parameter for kommunernes medfinansiering af egne borgeres forbrug af sundhedsydelser, herunder en obligatorisk plejetakst for færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivelse fra sygehus. Til brug ved afkrævning af medfinansieringen er der indført en speciel definition og registrering[5]. Men denne definition giver ikke kommunerne den ønskede klarhed på, hvad kommunen overordnet kan forvente, at der er sket af behandlingsindsats under indlæggelsen, hvad det er for en grad af færdigbehandling, som patienter udskrives med og eventuel hvilke sundhedsydelser kommunen selv må forvente at skulle yde for kommunalt at færdigbehandle en patient/borger.

Forslag til handleplan:
Der udarbejdes en beskrivelse af en fælles overordnet forståelse af, hvad kommunen overordnet kan forvente, at der er sket af behandlingsindsats under indlæggelsen, hvad det er for en grad af færdig-

[3] Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
[4] Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 2006.
[5] Sundhedsstyrelsen. Registrering af færdigbehandlede patienter. Registreringsvejledning. Januar 2006.

behandling, som patienter udskrives med og eventuel hvilke sundhedsydelser kommunen selv må forvente at skulle yde for kommunalt at færdigbehandle en patient/borger. Temagruppen, der skal revidere sundhedsaftalerne om indlæggelse og udskrivelse får ansvaret for udarbejdelsen af beskrivelsen. Da begrebet indgår i alle de 6 obligatoriske sundhedsaftaler, sikrer temagruppen "Indlæggelse og udskrivelse", at de øvrige temagrupper i en eller anden form medinddrages i arbejdsprocessen.

3.3. Udvikling af nye elementer i sundhedsaftalerne i Region Midtjylland

På de afholdte klynge- og kommunemøder, som blev afholdt i forbindelse med indgåelse af de bilaterale sundhedsaftaler, blev der fra kommunernes side udtrykt ønske om, at både kronikerområdet og børne-området blev inddraget i det regionale sundhedssamarbejde som konkrete sundhedsaftaler.

3.3.1. Sundhedsaftale om kronikerindsatsen

Det forventes, at Regionsrådet i Region Midtjylland i efteråret 2007 vedtager en mål og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Det overordnede mål med indsatsen er at forbedre sundheden og livskvaliteten for den enkelte borger og for den samlede population af patienter med en given kronisk lidelse. Samtidig er det et mål i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår.

Det er nødvendigt, at indsatsen for borgere med kroniske lidelser foregår på alle niveauer af det samlede sundhedsvæsen, og at der samarbejdes og koordineres på tværs af sektorer, således at borgeren med kronisk sygdom får den rette behandling på rette sted. Det betyder konkret, at det skal sikres, at indsatsen foregår det sted i sundhedsvæsenet, hvor både kvalitet og økonomisk effektivitet optimeres.

Kommunerne har med den nye sundhedslov[6] fået en større rolle i indsatsen for borgere med kronisk sygdom, idet de bl.a. har fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Der er således tale om nye snitflader og en ny opgavedeling mellem kommuner og region, som giver nye muligheder i forhold til indsatsen for borgere med kroniske lidelser. Der er dog behov for en nærmere beskrivelse af ansvars – og opgave-fordelingen af indsatsen for borgere med kroniske lidelser, for at sikre at både kvalitet og effektivitet optimeres.

Forslag til handleplan:

Det foreslås, at der i efteråret 2007 nedsættes en temagruppe med det formål at udarbejde en generel sundhedsaftale på kronikerområdet. På baggrund heraf, skal kronikerområdet indgå i de 19 reviderede, bilaterale sundhedsaftaler, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest 1. oktober 2008. Udkast til arbejdskommissorium og sammensætning af temagruppen er vedlagt som bilag 2.

3.3.2. Sundhedsaftale vedrørende svangre, børn og unge

Sundhedsaftalerne omfatter principielt indsatsen i forhold til graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse samt i forhold til børn og unge og deres familier. Der kan dog på dette område være særlige hensyn og

[6] Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.

tiltag, som ikke tilgodeses i aftalerne. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, at den generelle sundheds-aftale gennemgås med henblik på at udarbejde en generel sundhedsaftale vedrørende svangre, børn og unge.

Det overordnede mål med indsatsen på området er at forbedre livskvalitet og sundhed under graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse samt for børn og unge og deres familier.

Indsatsen for denne målgruppe foregår i et tværfagligt og -sektorielt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det vil sige, at der skal samarbejdes og koordineres på tværs af sektorer, så familier ved graviditet, fødsel og barsel samt sygdom får den rette indsats og behandling på rette sted. Målet er at fremme sundheden, undgå sygeliggørelse og at maksimere kvalitet og økonomisk effektivitet.

Kommunerne har med den nye sundhedslov fået et større og bredere ansvar i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. I forhold til indsatsen ved syge børn herunder også børn med kronisk sygdom og gravide er der således tale om en ny opgavedeling mellem kommuner og region. Der er derfor behov for en nærmere beskrivelse af ansvars og opgavefordelingen i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning og rehabiliteringsindsatsen for disse grupper og at undersøge, om der er brug for ændringer i de eksisterende tilbud.

Der eksisterer en række fora, hvor der arbejdes med indsatsen i forhold til målgrupperne. For eksempel er der jf. Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg nedsat et fødeplanudvalg med henblik på samarbejdet omkring svangreomsorg i regionen. Et andet eksempel er det arbejde kommunerne i regionen og Region Midtjylland netop har igangsat med monitorering af børns sundhed på baggrund af data fra den kommunale sundhedstjeneste, fra almen praksis og på sigt fra hospitalerne. Arbejdet er igangsat, fordi både kommuner og region har en interesse i løbende at skaffe viden, som kan bruges i arbejdet for at bedre børnesundheden.

Forslag til handleplan:
Der nedsættes en temagruppe om svangre, børn og unge med det formål at udarbejde en generel sundhedsaftale vedrørende, graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse samt børn og unge og deres familier. Temagruppen udarbejder kommissorium for gruppens arbejde.

3.4. Redigering af sundhedsaftalerne til et fælles samarbejdsredskab

De bilaterale sundhedsaftaler skal for det første tilgodese Sundhedsstyrelsens formkrav for styrelsens godkendelse, idet konkrete skemaer har skullet anvendes i forbindelse med Sundhedsstyrelsens godkendelse af aftalerne. Desuden er de foreliggende 19 bilaterale sundhedsaftaler politiske og ledelsesmæssige dokumenter for det fælles sundhedssamarbejde, som regionens sundhedsinstitutioner skal fremme og optimere.

Men samtidigt med udgør sundhedsaftalerne også det arbejdsredskab, som alle sundhedsmedarbejdere skal anvende i deres daglige samarbejde med involverede samarbejdspartnere om den konkrete patient. Her er det vigtigt, at sundhedspersonalet får ejerskab til sundhedsaftalerne, fordi sundhedspersonalet er dem, der skal sikre de sammenhængende patientforløb. Så sundhedsaftalerne skal være et let og nemt tilgængeligt arbejdsredskab, som der kun findes én udgave af i Region Midtjylland, fordi personalet ikke skal bruge forholdsvis megen tid på at finde frem til, hvilken sundhedsaftale, som de skal bruge ved de enkelte patientsituationer. Denne situation vil de ofte komme til at stå i, da patienterne i fremtiden hyppigere skal bruge de lægelige funktionerne på regionshospitalerne på tværs i regionen, uafhængigt af lokale tilknytninger.

Derfor foreslås, de generelle sundhedsaftaler og relevante dele af de bilaterale aftaler omredigeres til ét brugbart arbejdsredskab, uden der dog indholdsmæssigt ændres i sundhedsaftalerne. De generelle sundhedsaftaler indeholder allerede i dag den centrale kerne af oplysninger til dette arbejdsredskab, mens de bilaterale sundhedsaftaler mere udgør det ledelsesmæssige og politiske samarbejdsredskab og kun dele af indholdet vedrører det kliniske personale. Der skal tekstmæssigt ske en reduktion og redigering af de generelle og bilaterale sundhedsaftaler med betydelige ændringer i layoutet, så det fremstår som et brugbart arbejdsredskab, hvor der også er sammenhæng mellem de indsatser, som indgår i de obligatoriske sundhedsaftaler.

Forslag til handleplan:
Når revisionsarbejdet af sundhedsaftalerne er færdiggjort og godkendt skal der af de reviderede sundhedsaftaler udarbejdes et udkast til et fælles regionalt arbejdsredskab, som både omfatter en interaktiv webside og en "lommeudgave".

4. Styrkelse af det politiske regionale sundhedssamarbejde
Sundhedskoordinationsudvalget opgave er at samarbejde om den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Der er fra politikerne i sundhedskoordinationsudvalget udtrykt ønske om at styrke dette samarbejdet ved en tættere dialog parterne imellem.

Forslag til handleplan:
Repræsentanter fra Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland mødes med repræsentanter fra kommunalbestyrelserne fra de pågældende kommuner i de 6 klynger af hospitalsenheder i regionen, hvor der drøftes emner og ideer til fælles fremtidige sundhedsindsatser. Møderækken foreslås foregå i 1. halvdel af 2008.