Region Midtjylland

Orientering om Region Midtjyllands sundhedsplan samt visions- og praksisplan

Bilag

til Kontaktudvalgets møde den 21. april 2009

Punkt nr. 3

Sundhedsplan

for Region Midtjylland 2009

18. marts 2009

Udkast

Regionshuset
Viborg
Projektorganisationen for Region Midtjyllands sundhedsplan

Udkast

Sundhedsplan

for Region Midtjylland 2009

Udkast

Forord

Med denne sundhedsplan sætter vi kursen for de kommende års arbejde med sundhed i Region Midtjylland. Igennem 2008 har vi i det midlertidige udvalg vedr. Region Midtjyllands sundhedsplan arbejdet med at udvælge og beskrive de centrale indsatsområder for Region Midtjyllands sundhedsvæsen.

Disse indsatsområder kalder vi for pejlemærker, fordi de skal fungere som navigationspunkter, når dette og det kommende regionsråd træffer beslutninger om sundhed i Region Midtjylland.

Pejlemærkerne er valgt og formuleret på baggrund af en omfattende dialog med borgere, fagpersoner, kommunerne i regionen og internationale kontakter Den brede dialog har udfordret og inspireret os i vores arbejde og har været afgørende for det resultat, der her foreligger.

I november 2008 afholdt vi i samarbejde med Danske Regioner borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen. Her brugte godt 200 borgere en lørdag på at diskutere sundhed med hinanden og med regionsrådets medlemmer. Det var en spændende og inspirerende dag, og borgernes budskaber indgår i vores valg og formulering af pejlemærker.

Borgertopmødet var en ny og anderledes ramme for mødet mellem politikere og borgere. Det var en stor succes og en god oplevelse for begge parter, og derfor er det en form, som vi gerne vil bruge igen i fremtiden.

På vegne af det midlertidige udvalg for Region Midtjyllands sundhedsplan.

Johannes Flensted-Jensen
Formand for det midlertidige udvalg vedr. Region Midtjyllands sundhedsplan

Udkast

Indholdsfortegnelse

1 Indledning 7
2 Pejlemærker for sundhed 8
2.1 Pejlemærke 1: Patientforløb – den enkeltes møde med sundhedsvæsenet 9
2.2 Pejlemærke 2: Grænsebrydning i sundhedsvæsenet 10
2.3 Pejlemærke 3: Sundhedsfremme og forebyggelse 13
2.4 Pejlemærke 4: Lighed i sundhed 15
2.5 Pejlemærke 5: Medarbejderne – den vigtigste ressource 16
2.6 Pejlemærke 6: Sammenhæng mellem psykiatri og somatik 18
3 Sundhedstilstand og forbrug af sundhedsydelser 20
3.1 Sundhedstilstand i Region Midtjylland 20
3.2 Forbrug af sundhedsydelser 27
4 Overordnet organisering af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland 30
4.1 Organisering af ydelser til borgerne 31
4.2 Uddannelse og forskning 32
5 Praksissektoren 35
5.1 Borgerens indgang til sundhedsvæsenet 35
5.2 Initiativer på praksisområdet 38
6 Hospitaler 41
6.1 Organisation og aktivitet i hospitalsvæsenet 42
6.2 Initiativer på hospitalsområdet 47
7 Når det skal gå hurtigt 50
7.1 Kræftpakker 50
7.2 Akutberedskab 51
7.3 Præhospital beredskab 52
7.4 Sundhedsberedskab 53
8 Psykiatri 56
8.1 Behandlingspsykiatrien 56
8.2 Initiativer i behandlingspsykiatrien 57
9 Kvalitet til patienterne 59
9.1 Organisering af kvalitetsarbejdet 60
9.2 Initiativer på kvalitetsområdet 60
10 Sundhedsaftaler 62
10.1 Indhold i Sundhedsaftaler 62
10.2 Samarbejde om sundhedsaftaler 63
11 Sunde borgere i en sund region 64
11.1 Indsats for sundhedsfremme og forebyggelse i regionen 64
11.2 Forskning og udvikling i sundhedsfremme og forebyggelse 64
11.3 Samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse 65
11.4 Jordemodervæsenet 66
12 Indsats mod kronisk sygdom 67

Udkast

12.1 Initiativer mod kronisk sygdom 67
12.2 Organisering af indsatsen 68
13 I den sidste tid 70
13.1 Palliativ indsats 70
13.2 Hospice 71
14 Ledelses- og styringsgrundlag 73
14.1 Øvrige strategier for sundhedsområdet 74
15 Oversigt over større planer og strategier på sundhedsområdet 76
15.1 Øvrigt baggrundsmateriale for sundhedsplanen 77
16 Oversigt over fora på sundhedsområdet 79
17 Ordforklaringer 82
17.1 Lægefaglige specialer 86
18 Stikordsregister 90

Udkast

1 Indledning

Region Midtjyllands sundhedsplan er den samlede ramme om regionens indsats på sundhedsområdet. Der er i Sundhedsloven formuleret krav om, at regionerne skal udarbejde en sundhedsplan i hver valgperiode. Region Midtjyllands sundhedsplan er udarbejdet i overensstemmelse med bestemmelserne i Sundhedsloven.

Hensigten med en sundhedsplan er at give de regionale aktører, samarbejdspartnere i kommuner, de alment praktiserende læger og borgere et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning. Beskrivelsen baserer sig på allerede eksisterende planmateriale, vedtaget i forberedelsesudvalget og regionsrådet i 2006-2008.

I Region Midtjylland indeholder sundhedsplanen også 6 pejlemærker. De viser retningen for regionens sundhedsvæsen ved at udpege indsatsområder for de kommende års arbejde med sundhed i regionsrådet. De valgte pejlemærker er resultatet af en lang dialog med Region Midtjyllands samarbejdspartnere og borgerne. Blandt andet er der blevet afholdt sundhedsplankonference den 29. september 2008 og borgertopmøde den 1. november 2008 med efterfølgende afstemning om pejlemærker via Internettet.

Sundhedsplanen erstatter Interimsundhedsplanen, der blev vedtaget af Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland den 15. november 2006.

Afsnit 2 indeholder de 6 pejlemærker, som skal angive retningen for arbejdet med sundhed i Region Midtjylland i de kommende år.

Afsnit 3 beskriver sundhedstilstanden og forbruget af sundhedsydelser i Region Midtjylland.

Afsnittene 4-13 beskriver planer og ydelser på sundhedsområdet i Region Midtjylland. Denne del af sundhedsplanen indeholder de planer og strategier, som allerede er besluttet af regionsrådet.

Afsnit 14 beskriver Region Midtjyllands ledelses- og styringsgrundlag.

Afsnittene 15-18 indeholder en række oversigter og forklaringer samt stikordsregister.

Udkast

2 Pejlemærker for sundhed

Det midlertidige udvalg vedr. Region Midtjyllands sundhedsplan har valgt 6 pejlemærker for det kommende arbejde med sundhed i regionen. Pejlemærkerne skal være navigationspunkter, som regionsrådet kan styre efter i arbejdet med drive og udvikle sundhedsvæsenet i de kommende år.

Pejlemærkerne er udtryk for særlige indsatsområder, og de er valgt ud fra en omfattende dialog med borgere og fagfolk. De er ikke udtryk for regionsrådet samlede dagsorden. Der vil fortsat blive arbejdet videre med drift og udvikling af hele sundhedsvæsenet, men pejlemærkerne viser, hvor der specielt i forhold til patienter og borgere er brug for en særlig indsats i de kommende år.

Med de 6 pejlemærker i denne sundhedsplan ønsker regionsrådet i Region Midtjylland at arbejde med:

- Strategi og samlet model for arbejdet med sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet, med henblik på at fremme og understøtte samarbejdet mellem region, kommune og praktiserende læge.
- Strategi for udvikling af IT-løsninger, med henblik på at lette kommunikationen mellem region, kommune og praktiserende læge samt mellem sundhedspersoner og patient.
- Strategi for sundhedshuse, med henblik på at beskrive regionens rolle samt de tilbud, der kan gives i sundhedshusene.
- Strategi for behandling i hjemmet, med henblik på at afklare hvilke patientgrupper, der særligt vil have fordel af behandling i hjemmet, samt hvordan behandlingen skal organiseres.
- Visionspapir om sundhedsfremme og forebyggelse, med henblik på identificering af indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse i Region Midtjylland.
- Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse til socialt udsatte grupper, med henblik på at mindske den sociale ulighed i sundhed.
- Strategi for forskning og udvikling, med henblik på at sikre det nødvendige vidensgrundlag for en effektiv indsats for sundhedsfremme og forebyggelse i regionen.
- Anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed, med henblik på en systematisk og differentieret indsats for udsatte grupper. Herunder skal der være fokus på personalets kommunikation med patienter fra udsatte grupper.
- Strategi for udvikling af attraktive og effektive arbejdspladser, med særligt fokus på opgavefordelingen mellem faggrupperne i sundhedsvæsenet.

udkast

- Samlet strategi for rekruttering til sundhedsvæsenet, med henblik på at sikre tilstrækkelig arbejdskraft.
- Strategi for integrering af det psykiatriske og det somatiske sundhedsvæsen, med henblik på at organisere indsatsen således, at der tages hensyn til patienter med både somatiske og psykiatriske lidelser.
- Strategi for styrkelse af personalets kompetencer omkring identificering og håndtering af hhv. somatiske og psykiatriske lidelser hos patienterne.

Pejlemærkerne udfoldes i de følgende seks afsnit.

2.1 Pejlemærke 1: Patientforløb – den enkeltes møde med sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet skal være ét integreret system, hvor alle dele af systemet hjælper med til, at borgeren modtager de rigtige tilbud igennem hele patientforløbet. Hele sundhedsvæsenet, både det kommunale og det regionale, skal arbejde ud fra de samme mål, og alle dele af systemet skal hjælpe med til at opfylde disse mål.

Sammenhængende patientforløb skal sikre, at patienten føler sig tryg og godt behandlet, lige meget hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig. Patienten skal være i centrum i hele forløbet og skal behandles på rette sted og til rette tid. Sammenhængende patientforløb skal endvidere medvirke til at opnå en høj kvalitet i indsatsen og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Region Midtjylland vil arbejde for, at patienter møder et sammenhængende sundhedsvæsen. Patienten skal opleve en sammenhæng i patientforløbet, både internt i den enkelte organisatoriske enhed, f.eks. på hospitalet, og på tværs af de forskellige dele af sundhedsvæsenet, f.eks. på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis.

Som en del af det sammenhængende patientforløb vil Region Midtjylland have fokus på samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører. Overgange mellem myndigheder skal fungere, og patienter må ikke opleve at blive tabt af systemet. ”Shared care”-tankegangen, som sætter fokus på koordinationen mellem de forskellige aktører i patientforløbene, skal udbredes i hele sundhedsvæsenet. ”Shared-care” er en samarbejdsordning mellem forskellige behandlingsindsatser, f.eks. hospital og almen praksis, til varetagelse af forskellige patientgrupper. I den sammenhæng er sundhedsaftalerne mellem region, kommuner og almen praksis er et vigtigt redskab. Udviklingen af IT-systemer, der giver mulighed for hurtig og effektiv informationsdeling, er en forudsætning for at sundhedsvæsenets aktører kan samarbejde om de enkelte patientforløb.

UDKAST

Der skal fokuseres på udvikling af IT-redskaber og –løsninger, der kan lette kommunikationen både mellem personalet på tværs af organisatoriske enheder og mellem personale og patient. Sundhedspersonalets kommunikation med patienterne skal være klar og tydelig, så det sikres at patienten altid kender sit forløb og sine muligheder, og aktivt kan medvirke undervejs.

Der samarbejdes allerede nu om konkrete patientforløbsindsatser, f.eks. forløbsprogrammer for kroniske sygdomme eller pakkeforløb. Det er også en måde at opnå samhørighed og fælles forståelse af et område på. At samle faggrupper på tværs af specialer og sektorer i udviklingen af patientforløbsprogrammer eller pakkeforløb styrker udviklingen af fælles visioner og målsætninger.

I arbejdet med at forbedre patientforløb vil Region Midtjylland lære af de bedste. Rundt omkring i vores sundhedsvæsen gøres hver dag gode erfaringer med styrkelse af sammenhæng og samarbejde, og det skal alle patienter i regionen nyde godt af. Der skal derfor fokuseres på tværsektoriel og tværfaglig vidensdeling. Samtidig skal de tiltag, der sættes i gang, monitoreres og evalueres.

Der skal arbejdes med at anlægge en samlet sundhedsøkonomisk synsvinkel på tværs af sektorer i regionens sundhedsvæsen. Der skal udvikles finansieringsformer og økonomiske incitamenter, som understøtter en sammenhængende indsats.

Med udgangspunkt i pejlemærke 1 vil Region Midtjylland arbejde med:

- Strategi og samlet model for arbejdet med sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet, med henblik på at fremme og understøtte samarbejdet mellem region, kommune og praktiserende læge.
- Strategi for udvikling af IT-løsninger, med henblik på at lette kommunikationen mellem region, kommune og praktiserende læge samt mellem sundhedspersoner og patient.

2.2 Pejlemærke 2: Grænsebrydning i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling. Det betyder, at der skal brydes grænser og tænkes alternativt i forhold til undersøgelses- og behandlingsmuligheder. Region Midtjylland vil fremme nye metoder og ydelser, som bistår denne udvikling.

Grænsebrydningen skal ske i form af bl.a. mere behandling i hjemmet, mere ambulant behandling på hospitalerne med udvikling af nye behandlingsindsatser samt sundhedsvæsenets anerkendelse af patienters brug af alternative behandlingsformer.

Udkast

Grænsebrydning i sundhedsvæsenet stiller store krav til organiseringen af det samlede sundhedsvæsen. Der skal tænkes i samarbejde og ændret adfærd, og der være fokus på udvikling og forskning i forhold til grænsebrydende behandlingsformer.

Behandling i hjemmet
For somatisk og psykisk syge personer skal fokus flyttes fra hospitalsindlæggelser til mere udredning og behandling i patientens eget hjem - uden at der bliver gået på kompromis med kvaliteten.

Patienter skal kun på hospitalet, hvis det er nødvendigt for patientens helbredstilstand. Således skal der observeres, udredes og behandles i patientens eget hjem, hvor det er fagligt og kvalitetsmæssigt muligt. På borgertopmødet den 1. november 2008 gav deltagerne udtryk at de støtter op om behandling i hjemmet. Behandling i hjemmet, når lægen vurderer det forsvarligt, blev udpeget som et af de bedste redskaber til at effektivisere hospitalerne.

Behandling i hjemmet kan i første omgang tænkes som et tilbud til patientgrupper med særlige behov. Det kan være:

- Svage ældre, herunder demente, som pga. deres funktionsevne har vanskeligt ved at klare en indlæggelse.
- Syge børn, som vil kunne opleve det som en psykisk belastning at blive indlagt. Desuden vil der kunne være behandlingsmæssige fordele ved at observere børn i hjemlige omgivelser.
- Somatisk syge personer, som i dag behandles på hospitalet fordi der endnu ikke findes metoder til behandling i hjemmet

Fremadrettet vil man kunne forestille sig, at der også vil kunne være fordele ved behandling i hjemmet i forhold til andre patientgrupper.

Nye undersøgelses- og behandlingsmetoder i patientens eget hjem kræver, at der sker organisationsændringer og kompetenceudvikling i primær- og sekundær sektor, og det forudsætter et godt samarbejde med kommuner og praktiserende læger. Region Midtjylland vil arbejde for at understøtte den udvikling.

Øge den ambulante behandling
Der er potentiale for fortsat at øge andelen af ambulant behandling. Det skaber mulighed for bedre patientforløb, det giver bedre ressourceudnyttelse, og det giver mulighed for at sikre nære tilbud.

Et væsentligt element i at sikre ambulante tilbud tæt på borgerne er etableringen af sundhedshuse. Her kan aktører fra hospital, kommune, praktiserende læger og andre sundhedspersoner udøve deres arbejde i ét og samme hus.

Udkast

Samling af funktioner har positiv betydning for patienterne, og det vil skabe attraktive faglige miljøer for alment praktiserende læger og andre sundhedspersoner i områderne. Region Midtjylland har etableret et syge- og sundhedshus på Samsø og er ved at etablere sundhedshuse i Grenaa og i Skive.

Med oprettelsen af Center of Excellence på Regionshospital Silkeborg, har Region Midtjylland allerede sat initiativer i gang for at øge andelen af ambulant behandling. Centret har til opgave at udvikle nye metoder, der på sigt kan udbredes til hele regionen.

En øget andel af ambulant behandling vil kræve tilpasninger i både regionen, kommunerne og praksissektoren, og et godt samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet er afgørende for et godt resultat. I den forbindelse kan de kommunale sundhedsordninger inddrages som en del af den ambulante behandling.

Anerkendelse af alternativ behandling
Nogle patienter vælger alternativ behandling som et supplement til undersøgelse, behandling og pleje i hospitalsvæsenet.

Disse patienter ønsker selv at bidrage til, at deres helbredelsesmuligheder øges, bl.a. ved sideløbende med undersøgelser, behandling og pleje inden for hospitalsvæsenet for egen regning at søge behandling hos alternative behandlere. For nogle patienter handler det om at supplere den traditionelle behandling, mens andre helt fravælger hospitalsvæsenets behandlingsmuligheder.

Patienter har ret til, uanset deres bevægegrund, at søge alternativ behandling samtidig med undersøgelse, behandling og pleje i hospitalsvæsenet. Patienter, der har fravalgt behandling i hospitalsvæsenet, har ligeledes ret til at få foretaget kontrolundersøgelser inden for hospitalsvæsenet for at fastslå lidelsens aktuelle status.

Patienter, der vælger alternativ behandling som et supplement til eller som hel eller delvis erstatning for hospitalsvæsenets tilbud om behandling og pleje, bør informeres om kendte konsekvenser, herunder om den valgte form for alternativ behandling har en formodet negativ indvirkning på hospitalsvæsenets behandling.

Med udgangspunkt i pejlemærke 2 vil Region Midtjylland arbejde med:

- Strategi for sundhedshuse, med henblik på at beskrive regionens rolle samt de tilbud, der kan gives i sundhedshusene.
- Strategi for behandling i hjemmet, med henblik på at afklare hvilke patientgrupper, der særligt vil have fordel af behandling i hjemmet, samt hvordan behandlingen skal organiseres.

Udkast

2.3 Pejlemærke 3: Sundhedsfremme og forebyggelse

Det er et mål at give borgere og patienter i Region Midtjylland bedre sundhed og livskvalitet, flere gode leveår og så vidt muligt forhindre sygdomme i at opstå. Denne målsætning støttes af borgerne. Det blev tydeligt på borgertopmødet den 1. november, hvor sundhedsfremme og forebyggelse blev vurderet som en af de vigtigste udfordringer for Region Midtjylland.

Det samlede sundhedsvæsen i regionen skal derfor ikke kun have fokus på at behandle borgerne, når de er blevet syge. Det skal også have fokus på at fremme sundhed og forebygge, at sygdom overhovedet opstår. I forhold til borgere, der er blevet syge, skal indsatsen forebygge komplikationer og begrænse sygdommens udvikling. Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal derfor finde sted på alle niveauer.

I forhold til befolkningen i de lande, vi normalt sammenligner os med, har danskerne en relativt lavere middellevetid og relativt færre forventede gode leveår, dvs. år uden sygdom. Den statistik skal sundhedsvæsenet og borgerne i fællesskab ændre på. Borgerne skal være aktive medspillere gennem at arbejde med og tage ansvar for egen sundhed. Sundhedsvæsenet skal tilbyde sin viden om og holdninger til sund levevis og klæde borgerne på til at tage vare på egen sundhed.

Sundhedsfremme og forebyggelse er også en væsentlig del af indsatsen for at sikre større social lighed i sundhed. Som pejlemærke 4 nedenfor beskriver, ønsker Region Midtjylland at sætte fokus på sociale forskelle i sundhed, og her spiller sundhedsfremme og forebyggelse – også i de tidlige leveår – en afgørende rolle. Der er evidens for at en sund start på livet rækker langt ind i voksenalderen, da det forebygger både fysisk og psykisk sygdom. Derfor prioriteres sundhed ved livets begyndelse højt.

Der skal også arbejdes med sundhedspolitik via generelle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Sundhedspolitikken skal gennem lovgivning og styring gøre det let at leve sundt og svært at leve usundt således, at alle gruppers sundhed øges, herunder de mest sårbare grupper. Eksempler herpå er rygepolitik, kostpolitik og fysisk aktivitet.

En tilknytning til den sundhedsfremmende indsats vil Region Midtjylland sætte fokus på medicinområdet. Hensigtsmæssige brug af medicin er afgørende for patientens behandling. Når en patient tager flere forskellige typer medicin for forskellige lidelser, opstår der risiko for at medicinpræparaterne ikke fungerer optimalt. Derfor vil Region Midtjylland fremme arbejdet med rationel farmakoterapi, dvs. rationel anvendelse af lægemidler.

Udkast

En fælles opgave
At skabe forebyggelse på alle niveauer kræver et godt og velfungerende samarbejde mellem region, kommuner, almen praksis og borgeren selv. Der er skabt fundamenter for det gode samarbejde, og dette skal fastholdes og udbygges i fremtiden.

Region Midtjylland arbejder løbende med sundhedsprofilen *Hvordan har du det?,* der bl.a. peger på, hvor der er særligt behov for at sætte ind med en forebyggende indsats. Sundhedsprofilen opdateres løbende og belyser aktuelle problemfelter.

I Region Midtjylland skal almen praksis spille en aktiv rolle omkring sundhedsfremme og forebyggelse. Alle borgere har kontakt til almen praksis gennem hele livet, og derfor skal almen praksis i højere grad have en proaktiv rolle med et øget fokus på forebyggelse, når lægen og praksispersonalet møder borgeren.

I forhold til gravide og børn er en tidlig forebyggende indsats særligt vigtig, da den sundhed, man tager med sig fra barnsben, har betydning resten af livet. Det proaktive sundhedsvæsen skal allerede på banen, inden en ny borger bliver født. Her er både indsatsen på hospitaler, i almen praksis og i sundhedsplejen vigtig.

Når en borger rammes af sygdom, skal der være fokus på en sundhedsfremmende tilgang i alle patientens møder med sundhedsvæsnet.

Det er borgerens liv
Borgerne er klar til at arbejde med og tage ansvar for egen sundhed og sygdom. Derfor er en fremtidig udfordring at give borgere og patienter redskaber til at håndtere sundhed og sygdom i en mere sundhedsfremmende retning. Dette vil kræve fokus på udvikling af sundhedspædagogiske kompetencer. Et stort flertal af deltagerne på Region Midtjyllands borgertopmøde mener således, at samfundet skal hjælpe med at opdrage borgerne til en sund livsstil.

Rådgivning, udvikling og forskning
Den forebyggende indsats skal til stadighed blive bedre. Vi skal opsamle og anvende den eksisterende viden, og hvor der ikke er nok viden, skal den skabes gennem forskning og udvikling. Her har regionen et særligt ansvar, og kommunerne har en forpligtigelse til at medvirke til dette.

Der er meget viden om, hvad der gør folk syge, men mindre viden om, hvordan vi konkret udformer effektiv forebyggelse – hvad er den rigtige metode til hvem? Det bliver et vigtigt forskningsområde i samarbejde mellem kommuner, almen praksis og region.

Udkast

Med udgangspunkt i pejlemærke 3 vil Region Midtjylland arbejde med:

- Visionspapir om sundhedsfremme og forebyggelse, med henblik på identificering af indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse i Region Midtjylland.
- Strategi for sundhedsfremme og forebyggelse til socialt udsatte grupper, med henblik på at mindske den sociale ulighed i sundhed.
- Strategi for forskning og udvikling, med henblik på at sikre det nødvendige vidensgrundlag for en effektiv indsats for sundhedsfremme og forebyggelse i regionen.

2.4 Pejlemærke 4: Lighed i sundhed

Det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed arbejder i øjeblikket på en rapport til regionsrådet, hvori udvalget kommer med anbefalinger omkring indsatsen for social lighed i sundhed. Rapporten forventes klar midt i 2009.

I Region Midtjylland skal sundhedsvæsenet være for alle. Da der er betydelige sociale forskelle i sundhed betyder det, at vi nogle gange skal behandle borgerne og patienterne forskelligt, for at de kan få samme muligheder. Gennem en fokuseret indsats skal de sociale forskelle i sundhed mindskes.

I Danmark er der betydelige sociale forskelle i sundhed, og det gælder både for svangre, børn, unge, voksne og ældre. Forskellene i sundhed viser sig ved, at de lavest placerede socioøkonomiske grupper har den højeste forekomst af sygdom og kortere levetid. Dette ses allerede ved livets begyndelse, hvor de laveste placerede socioøkonomiske grupper har øget forekomst af spædbørnsdødelighed, lav fødselsvægt og føder for tidligt. Det fortsætter livet igennem med øget forekomst af somatiske lidelser - herunder kroniske sygdomme – og psykiske lidelser.

Hvis de sociale forskelle i sundhed skal udlignes, skal der arbejdes på flere fronter - både i stat, region og kommuner – og regionen vil prioritere områder, hvor der er evidens for effekten. Der mangler viden på dette område, og derfor vil Region Midtjylland understøtte forskning med fokus på social ulighed i sundhed.

En væsentlig del af indsatsen for lighed i sundhed handler om sundhedsfremme og forebyggelse. Målene for denne indsats er beskrevet under pejlemærke 3 om sundhedsfremme og forebyggelse ovenfor.

For at sikre større social lighed i sundhed vil Region Midtjylland arbejde med differentierede målrettede sundhedsindsatser til de sårbare og socialt udsatte grupper. De borgere og patienter, som har brug for ekstra hjælp, identificeres og ydes en ekstra indsats. Det gælder både for svangreomsorg, børn, unge, etniske minoriteter, mennesker med kroniske lidelser, voksne, ældre og mennesker med psykiske lidelser.

Udkast

Der skal også arbejdes med kommunikation, så sundhedspersonalet kan lære at anvende dokumenterede pædagogiske kommunikationsværktøjer. Det er dokumenteret, at ændring af vaner i retning af en mere sund livsstil kræver mere end formidling af viden om sygdomme til borger og patienter. Sundhedspersonalet skal kunne identificere de sårbare og socialt udsatte borgere samt anvende dokumenterede pædagogiske kommunikationsværktøjer for at kunne påvirke borgerne til at få en sundere livsstil.

Den sociale lighed og udviklingen på området skal følges via befolkningsundersøgelser, som giver et billede af, hvordan regionens befolkning har det på sundhedsområdet. Ud over nationale undersøgelser iværksætter regionen "Hvordan har du det?" og "Monitorering af børns sundhed i Region Midtjylland". Disse undersøgelser skal fungere som planlægnings- og forebyggelsesværktøjer, der kan give både region og kommuner viden om udviklingen på sundhedsområdet generelt samt specifikt på sociale forskelle i sundhed.

Med udgangspunkt i pejlemærke 4 og anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed vil Region Midtjylland arbejde med en systematisk og differentieret indsats for udsatte grupper. Herunder skal der være fokus på personalets kommunikation med patienter fra udsatte grupper.

2.5 Pejlemærke 5: Medarbejderne – den vigtigste ressource

Kompetente medarbejdere i tilstrækkeligt omfang er afgørende for, at Region Midtjylland kan løse sine opgaver på sundhedsområdet. Derfor er mangel på personale i sundhedsvæsenet i disse og de kommende år en af de største udfordringer for Region Midtjylland – en udfordring der kun kan overkommes gennem en samlet indsats i sundhedsvæsenet.

Udvikling af gode arbejdspladser

Medarbejderne i Region Midtjylland gør en forskel for andre mennesker, og de skal være stolte af at være ansat i Region Midtjylland.

Region Midtjylland vil udvikle og fastholde kompetente medarbejdere gennem at sikre interessante faglige miljøer og god ledelse, hvor der er spændende arbejdsopgaver, der kan udfordre og udvikle medarbejderne. Region Midtjylland skal som arbejdsplads præges af interessante forskningsmiljøer, og der skal være fokus på, at medarbejderne kan udvikle sig fagligt såvel som personligt. En spændende arbejdsplads, der kan give medarbejderne lyst til at arbejde på fuld tid.

Mennesker gennemlever forskellige livsfaser, og Region Midtjylland anerkender, at medarbejdere har forskellige behov på forskellige tidspunkter i deres arbejdsliv. Det betyder, at der er fokus på at sikre balance mellem arbejdsliv og privatliv.

Udkast

Et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø er afgørende for, at Region Midtjylland kan fastholde medarbejdere. Derfor er det vigtigt, at de fysiske rammer er i orden. Udstyr og teknologi, der stilles til rådighed, skal være tidssvarende og medvirke til at sikre den bedst mulige opgaveløsning.

Rekruttering af personale
Indenfor de seneste år har Region Midtjylland oplevet en stigende mangel på medarbejdere til sundhedsvæsenet. Derfor vil Region Midtjylland også i de kommende år have fokus på rekruttering af medarbejdere med de rigtige kvalifikationer og i det tilstrækkelige antal. For at kunne rekruttere, men også fastholde medarbejdere er det vigtigt, at Region Midtjyllands arbejdspladser er attraktive, effektive og innovative.

Region Midtjylland vil arbejde for at øge optaget på de sundhedsfaglige uddannelser, så flere kan få en sundhedsfaglig uddannelse. Samtidig skal der gøres en større indsats for at øge gennemførelsesprocenten på de sundhedsfaglige uddannelser.

Region Midtjylland vil se på mulighederne for at rekruttere medarbejdere fra grupper i samfundet, som har mindre sandsynlighed for at få en uddannelse end resten af samfundet, f.eks. mennesker med en anden etnisk oprindelse end dansk. Det er vigtigt, at menneskers ressourcer og kvalifikationer bruges optimalt, hvilket kan sikres i valget af uddannelse.

Rekruttering af udenlandsk sundhedspersonale vil forsat være nødvendigt og ønskeligt i de kommende år. Region Midtjylland rekrutterer med henblik på integration, arbejdsmæssigt såvel som socialt, således at der sikres en reel tilførsel af nye medarbejdere - også på lang sigt. Derfor skal de nationale og regionale administrative barrierer for at rekruttere medarbejdere mindskes, således at det bliver lettere for både regionen og hospitalerne at rekruttere udenlandske medarbejdere.

På borgertopmødet den 1. november 2008 stemte deltagerne bl.a. om hvordan vi kan skaffe arbejdskraft til sundhedsvæsenet i en fremtid med et aldrende samfund. Her viste afstemningen, at rekruttering af udenlandsk sundhedsfagligt personale samt kurser til ufaglærte, så de kan varetage opgaver i sundhedsvæsenet er de to mest acceptable ideer.

Effektiv opgavefordeling
Region Midtjylland skal fordele opgaverne så effektivt som muligt mellem faggrupperne. Dermed ønsker Region Midtjylland dels at udnytte ressourcerne så godt som muligt, dels at medarbejderne oplever arbejdet som interessant og meningsfuldt.

Et væsentligt element heri er et fortsat fokus på flytning af opgaver mellem faggrupper. Nogle opgaver kan med fordel kan varetages af faggrupper, hvor der i mindre grad er mangel på medarbejdere, og dermed bruges medarbej-

Udkast

dernes kompetencer og kvalifikationer optimalt. Region Midtjylland vil ligeledes have fokus på fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og arbejdstid, der ligeledes kan medvirke til optimal ressourceudnyttelse og højere arbejdstilfredshed.

Det er hensigtsmæssigt med fortsat fokus på, at mere behandling skal foregå ambulant og i hjemmet. Det er en fordel for patienten, men det vil samtidig frigøre personalemæssige ressourcer, som derved kan bruges på andre opgaver.

Med udgangspunkt i pejlemærke 5 vil Region Midtjylland arbejde med:

- Strategi for udvikling af attraktive og effektive arbejdspladser, med særligt fokus på opgavefordelingen mellem faggrupperne i sundhedsvæsenet.
- Samlet strategi for rekruttering til sundhedsvæsenet, med henblik på at sikre tilstrækkelig arbejdskraft.

2.6 Pejlemærke 6: Sammenhæng mellem psykiatri og somatik

I Region Midtjylland skal behandlingen af psykiatriske og somatiske lidelser foregå i et tæt samarbejde mellem det somatiske og det psykiatriske sundhedsvæsen.

En skarp opdeling mellem det psykiatriske og det somatiske sundhedsvæsen medfører en risiko for, at somatiske sygdomme hos borgere med psykisk sygdom overses. Undersøgelser viser, at ca. ¾ af alle psykisk syge har én eller flere somatiske sygdomme. Samtidig medfører en skarp opdeling risiko for, at psykiske lidelser hos patienter i det somatiske system ikke opdages og behandles. En undersøgelse har således vist, at 25% af langtidssygemeldte har en ikke diagnosticeret psykiatrisk lidelse.

En sammenhængende behandlingsindsats kompliceres af, at visse psykiatriske lidelser kan gøre det vanskeligt for patienten at bruge sundhedsvæsenet. Region Midtjylland vil gøre det lettere for psykiatriske patienter at få mest muligt ud af sundhedsvæsenet, når de har brug for det.

Region Midtjylland vil bl.a. sikre sammenhæng mellem psykiatri og somatik gennem en samarbejdsprojekter mellem psykiatrien og somatikken, f.eks. om somatisk screening af udvalgte målgrupper, somatiske undersøgelsesprogrammer til brug i psykiatrien, udvikling af liaison-psykiatrien og screeningsprogrammer for praktiserende læger

Sundhedspersonalet skal styrkes i forhold til at identificere symptomer på både somatiske og psykiatriske lidelser og dermed sikre, at patienten får den relevante udredning og behandling. Desuden skal der findes initiativer, der styrker personalet i det somatiske sundhedsvæsen i forhold til at samarbejde med patienter, som også har en psykiatrisk lidelse.

Udkast

Udredning og behandling af patienter med både psykiatriske og somatiske symptomer skal foregå i et samarbejde, f.eks. ved integrationen af psykiatriske og somatiske akutte modtagelser. Et væsentligt skridt i denne retning er taget i forbindelse med etablering af fælles akutmodtagelser, hvor både psykiatriske og somatiske kan få akut hjælp. Desuden skal patientforløbene tilrettelægges således, at de kan tilpasses patienten, som også har en psykiatrisk lidelse.

Endelig skal der øget fokus på brugen af shared care-aftaler mellem psykiatrien og relevante somatiske specialer, og den praktiserende læge er altid en central partner i shared care-aftalerne. Der skal ligeledes være samarbejde mellem region, kommune og praktiserende læge omkring ændring af sundhedsvaner blandt psykisk syge.

Med udgangspunkt i pejlemærke 6 vil Region Midtjylland arbejde med:

- Strategi for integrering af det psykiatriske og det somatiske sundhedsvæsen, med henblik på at organisere indsatsen således, at der tages hensyn til patienter med både somatiske og psykiatriske lidelser.
- Strategi for styrkelse af personalets kompetencer omkring identificering og håndtering af hhv. somatiske og psykiatriske lidelser hos patienterne.

Udkast

3 Sundhedstilstand og forbrug af sundhedsydelser

Sundhed er et eftertragtet velfærdsgode. Et overordnet mål for sundhedspolitikken er, at så mange som muligt opnår et langt liv med en høj grad af fysisk og psykisk trivsel. Det er derfor vigtigt at følge udviklingen i befolkningens sundhedstilstand.

3.1 Sundhedstilstand i Region Midtjylland

Befolkningens sundhed kan beskrives ud fra de fire målsætninger i WHO's "Sundhed for alle"-strategi, der har inspireret dansk sundhedspolitik i de seneste 25 år:

- Et længere liv (føje år til livet)
- Et sundere liv (føje sundhed til livet)
- Et rigere liv (føje liv til årene)
- Lighed i sundhed

Et længere liv

Livslængden måles her ved hjælp af middellevetiden. Middellevetiden er det antal år, en nyfødt kan forventes at leve forudsat, at dødeligheden i de enkelte aldersgrupper er uændret igennem barnets levetid. Middellevetiden sammenfatter den aktuelle dødelighed for hver aldersgruppe i befolkningen i et enkelt tal, der kan sammenlignes over tid og på tværs af geografiske områder og befolkningsgrupper.

Tabel 1: Middellevetid

Middellevetiden i Danmark

Årstal	Mænd	Kvinder	Forskel m/k	Stigning i måneder pr. år	
1835	36,0	40,0	4,0	Mænd	Kvinder
1900	50,1	53,4	3,3	2,6	2,5
1950	69,1	71,5	2,4	4,6	4,3
1980	71,2	77,2	6,0	0,8	2,3
1995	72,7	77,8	5,1	1,2	0,5
2006	76,0	80,5	4,5	3,5	2,9

Middellevetid i regionerne – gennemsnit for perioden 1997-2006	
Midtjylland	77,7
Syddanmark	77,5
Nordjylland	77,2
Hovedstaden	76,9
Sjælland	76,6

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Udkast

Siden 1835 er middellevetiden i Danmark forøget med 40 år for både mænd og kvinder. I 2006 var middellevetiden 76,0 år for mænd og 80,5 år for kvinder (jf. Tabel 1). Det er isoleret set en imponerende udvikling.

Set i et internationalt perspektiv er Danmark imidlertid sakket bagud. Mens den danske middellevetid var blandt de højeste i Vesteuropa omkring 1950, er den i dag blandt de laveste. Det skyldes, at stigningstakten har været lavere end i de øvrige europæiske lande i anden halvdel af det 20. århundrede. Danmark har med andre ord været dårligere end de andre lande til at omsætte velstandsstigningen til øget levetid.

Denne udvikling er nu vendt. Siden 1995 har stigningen i middellevetiden ligget på et væsentligt højere niveau end i de foregående årtier, og Danmark følger nu trit med det øvrige Vesteuropa uden dog at have forbedret sin placering.

Middellevetiden i Region Midtjylland er 77,7 år beregnet for perioden 1997-2006 (Tabel 1). Der er en forholdsvis beskeden forskel i middellevetid mellem de fem regioner. Region Midtjylland har den længste middellevetid, ca. et år længere end Region Sjælland, der har den korteste middellevetid.

Fortsætter den nuværende tendens, vil middellevetiden stige betydeligt i de kommende årtier. Tidligere var det især faldet i børnedødeligheden, der bidrog til øget middellevetid. Nu drives stigningen fremad af et markant fald i dødelighed blandt den ældre del af befolkningen (60+ år). På 5 år er 60-årige mænds restlevetid steget næsten lige så meget som i de foregående 50 år.

Et sundere liv

Et sundere liv er et liv, der så vidt muligt er fri for sygdom, og som er præget af sunde vaner og gode levevilkår og et godt helbred.

Selvvurderet helbred er et vigtigt mål til beskrivelse af befolkningens sundhed. Personer, der vurderer deres helbred som dårligt, har øget risiko for død og alvorlig sygdom uafhængigt af andre faktorer som lægediagnosticeret sygdom. Sundhedsprofilen for Region Midtjylland (se også afsnit 11.2) viser, at de fleste voksne har et godt selvvurderet helbred:

- 88% vurderer, at de har et godt helbred
- 12% vurderer, at de har et dårligt helbred

Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger med alderen, men selv i aldersgruppen 75-79 år vurderer 73% deres helbred som godt.

Forekomsten af kroniske eller langvarige sygdomme er et andet vigtigt mål for befolkningens sundhed. Sundhedsprofilen for Region Midtjylland viser forekomsten af 17 langvarige sygdomme, både aktuel sygdom og eftervirkninger af sygdom (Tabel 2). Hyppigst er slidgigt/leddegigt efterfulgt af allergi og migræne/hyppig hovedpine.

Tabel 2 Forekomst af 17 langvarige sygdomme – aktuel sygdom og eftervirkninger - 25-79 år

Potentielt livstruende sygdomme	Pct	Antal syge
Forhøjet blodtryk	14	106.000
Hjertekrampe	1,6	12.000
Blodprop i hjertet	0,8	6.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	9.000
Sukkersyge	4	27.000
Kræft	1,5	11.000
Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	30.000
Ikke livstruende sygdomme		
Astma	6	46.000
Allergi	16	121.000
Slidgigt, leddegigt	18	137.000
Knogleskørhed	2	15.000
Diskusprolaps, anden rygsygdom	12	92.000
Forbigående psykiske lidelser	10	74.000
Vedvarende psykisk sygdom, mentale forstyrrelser	2	18.000
Migræne, hyppig hovedpine	14	103.000
Tinnitus	10	75.000
Grå stær	2	17.000
Ophobning af sygdom		
Ingen sygdom	39	290.000
En sygdom	30	230.000
To-tre sygdomme	25	190.000
Fire eller flere sygdomme	7	51.000

Kilde: Sundhedsprofil for Region Midtjylland 2006

En række kroniske sygdomme forringer den fysiske og psykiske trivsel, og nogle er livsforkortende. Almindeligt udbredte sygdomme som muskel-skelet-sygdomme og psykiske lidelser påvirker mange menneskers trivsel i negativ retning. Hjerte-karsygdomme og kræft er mindre udbredte, men er årsag til halvdelen af alle dødsfald.

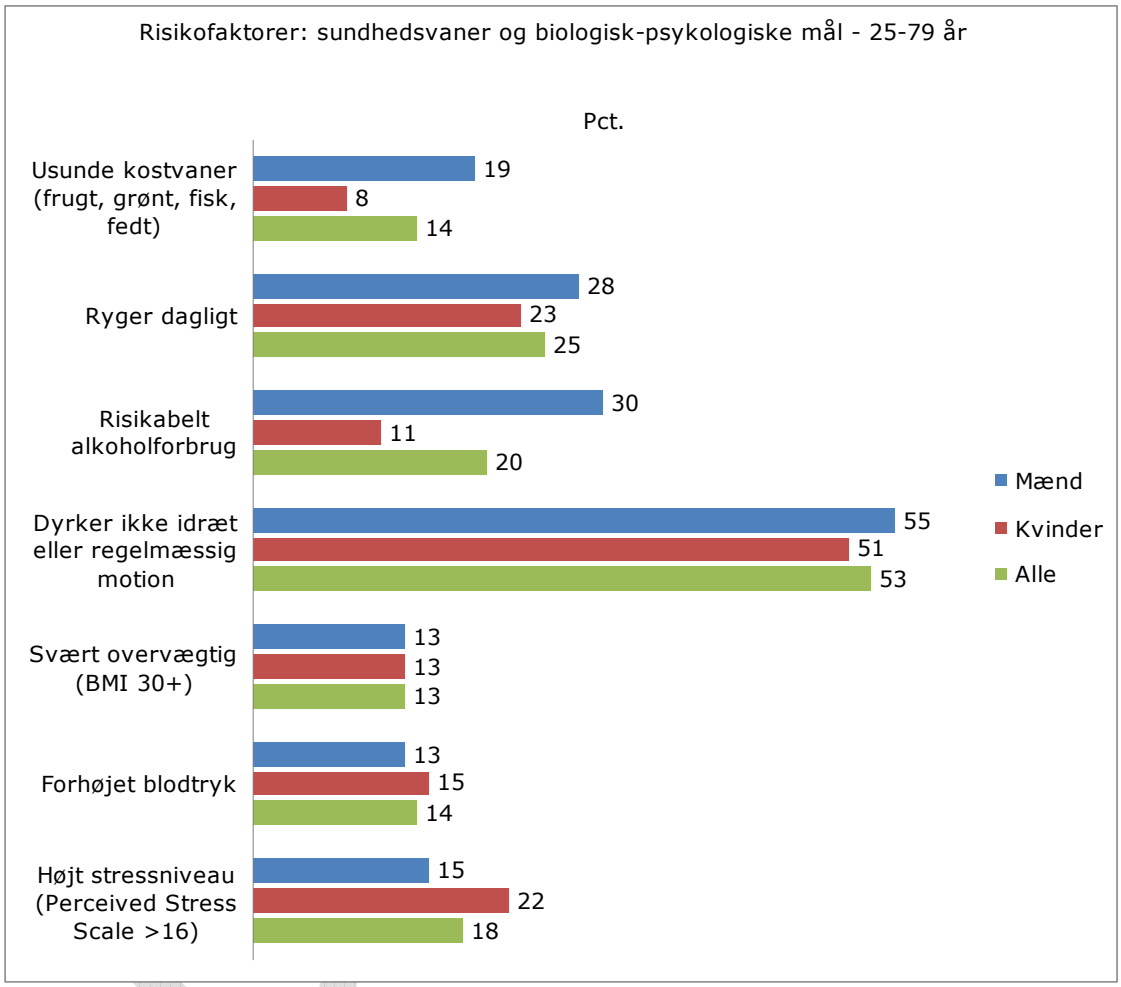
Når en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, taler man om multisygdom. Sundhedsprofilen viser, at 25% af den voksne befolkning har 2-3 kroniske sygdomme, mens 7% har fire eller flere kroniske sygdomme. Multi-sygdom medfører ofte et betydeligt funktionstab. Multisygdom er samtidig en udfordring for sundhedsvæsnet, fordi det kan vanskeliggøre behandling og genoptræning/rehabilitering.

Vores daglige vaner har en langsigtet effekt på helbredet. Det gælder ikke mindst kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner (KRAM faktorerne), der påvirker forekomsten af en række livsstilssygdomme som hjerte-karsygdomme, diabetes og kræft. Rygning, som er den vigtigste af de fire risikofaktorer, skønnes årligt at forårsage 3.000 dødsfald i Region Midtjylland.

Sundhedsprofilen for Region Midtjylland viser, at (Figur 1):

- 14% har usunde kostvaner – kost
- 25% ryger dagligt – rygning
- 20% har et risikabelt alkoholforbrug – alkohol
- 53% dyrker ikke idræt eller regelmæssig motion – motion

Figur 1 Risikofaktorer: Sundhedsvaner og biologisk-psykologiske mål 25-79 år



Der er et potentiale for at forbedre sundhedstilstanden ved at påvirke sundhedsvanerne i positiv retning. Sundhedsprofilen dokumenterer, at der er stor motivation i befolkningen, især til rygestop og øget fysisk aktivitet.

De første tegn på, at kroppen er ved at udvikle sygdom, kan være ændringer i biologiske mål. Overvægt og forhøjet blodtryk og kolesterol øger risikoen for at udvikle en række kroniske sygdomme. Det gælder også stress, der bl.a. øger risikoen for psykiske lidelser og hjerte-karsygdomme.

Sundhedsprofilen for Region Midtjylland viser, at (Figur 1):

- 13% er svært overvægtige (BMI på mindst 30)

- 14% har forhøjet blodtryk
- 18% har et højt stressniveau

Også her er der et potentiale for at forbedre sundheden. Blandt svært overvægtige dokumenterer sundhedsprofilen, at der er stor motivation for vægttab. 53% ønsker 'i høj grad' og 43% ønsker 'i nogen grad' at tabe sig.

Et rigere liv

Et rigere liv er et liv med høj livskvalitet. At kunne leve det liv, man har lyst til, og ikke føle sig begrænset i sine udfoldelser, også selv om man evt. har en eller flere sygdomme.

Sundhedsprofilen rummer en række indikatorer for livskvalitet. En del af befolkningen viser tegn på nedsat livskvalitet (Tabel 3):

- 20% oplever at deres trivsel og livskvalitet er nogenlunde, mindre god eller dårlig
- 10% er føler sig meget hæmmet i deres dagligdag af sygdom
- 10% har behov for hjælp til at klare dagligdagens gøremål
- 30% er kun delvist eller slet ikke tilfreds med deres arbejde
- 17% føler sig en gang imellem eller ofte uønsket alene
- 7% har følt sig meget belastet af forholdet til sin partner inden for de seneste 12 måneder

Tabel 3 Livskvalitet - 25-79 år

	Mænd	Kvinder	Alle
	Pct		
Trivsel og livskvalitet			
Virkelig god	25	25	25
God	56	54	55
Nogenlunde	16	18	17
Mindre god	2	3	2
Dårligt	1	1	1
	100	100	100
Hæmmet i sine daglig udfoldelser af sygdom			
Nej	61	56	59
En smule en gang imellem	22	22	22
En smule hele tiden	9	11	10
Meget en gang imellem	4	5	5
Meget hele tiden	4	6	5
	100	100	100
Behov for hjælp til at klare dagligdagens gøremål			
Ja	7	13	10
Nej	93	87	90
	100	100	100
Tilfreds med sit arbejde (kun erhvervsaktive)			
I meget høj grad	22	23	22

Udkast

I høj grad	49	46	48
Delvist	25	27	26
I ringe grad	3	2	2
I meget ringe grad	2	2	2
	100	100	100
Føler sig uønsket alene			
Ofte	3	3	3
En gang imellem	13	15	14
Sjældent	27	30	29
Nej	57	51	54
	100	100	100
Har følt sig belastet af forholdet til sin partner (seneste 12 måneder)			
Nej	77	75	76
Lidt	17	18	17
En del	4	4	4
Meget	2	3	2
	100	100	100
Kilde: Sundhedsprofil for Region Midtjylland 2006			

Ofte er der en sammenhæng mellem sygdom og dårlig livskvalitet. F.eks. oplever 50% nedsat trivsel og livskvalitet blandt personer, der har haft hjerneblødning/blodprop i hjernen. 49% med psykisk sygdom er en gang imellem eller ofte uønsket alene. 43% med knogleskørhed har brug for hjælp til dagligdagens gøremål.

Evnen til at mestre sygdom afhænger ikke blot af sygdommens beskaffenhed, men også af livssituation og personlige ressourcer.

Lighed i sundhed

Social lighed i sundhed handler om fordelingen af sundhed i befolkningen. Jo skævere fordeling af levevilkår og jo tættere forbindelse mellem levevilkår og sundhed jo større social ulighed i sundhed.

Forbedring af levevilkårene har historisk været den væsentligste årsag til bedre sundhed. Der er stadig et væsentligt potentiale for at skabe større social lighed i sundhed, ved at forbedre levevilkårene for den dårligst stillede del af befolkningen (eksempelvis uddannelse, indkomst og boligforhold).

Social lighed i sundhed kan også fremmes ved at arbejde med borgernes sundhedsvaner og brug af sundhedsvæsenet. Dårlige sundhedsvaner og ringere udbytte af sundhedsvæsnets tilbud er væsentlige medvirkende årsager til den sociale skævhed i sundhed.

Uddannelse er erfaringsmæssigt en vigtig adgangsbillet til at opnå eftertragtede goder. Derfor bruges uddannelsesniveau her til at beskrive den sociale ulighed i sundhed.

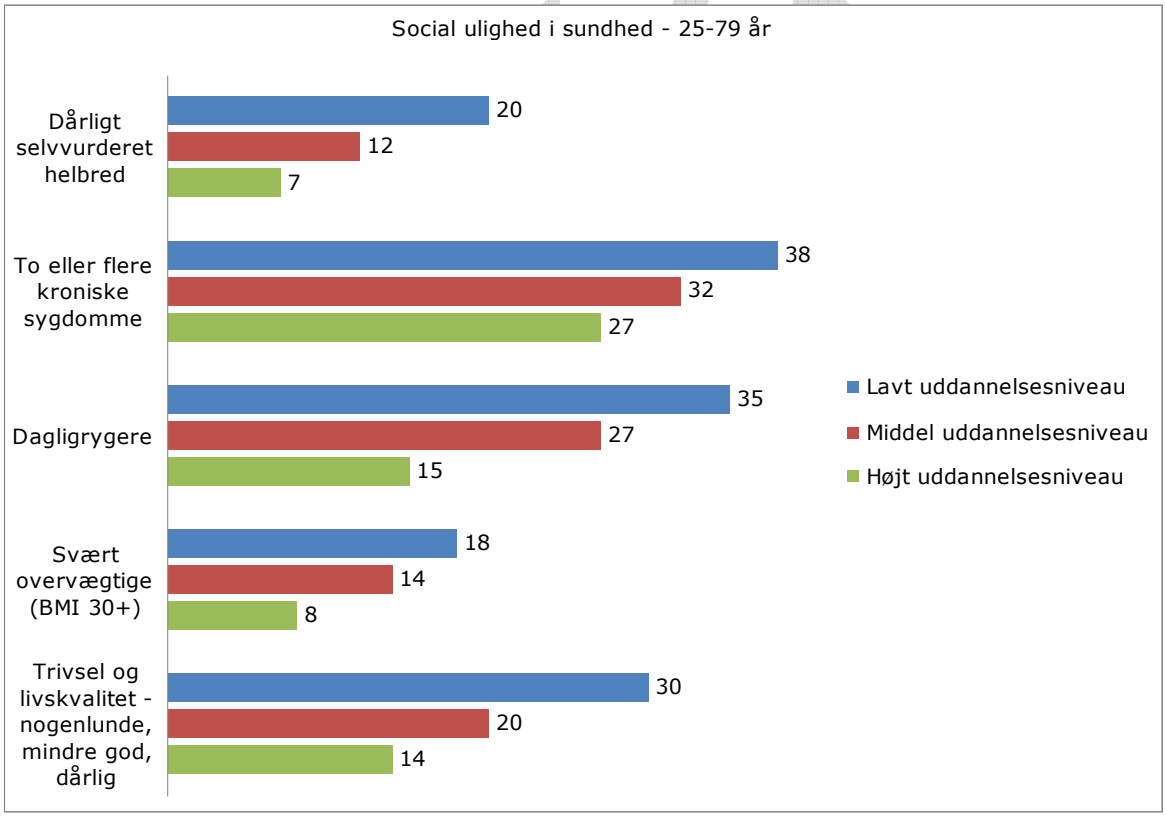
udkast

I Region Midtjylland er der 17% med lavt uddannelsesniveau (ingen eller kort erhvervsuddannelse), 57% med middel uddannelsesniveau (erhvervsfaglige og korte videregående uddannelser) og 26% med højt uddannelsesniveau (mellemlang og lang videregående uddannelse).

Sammenligner man personer med lavt og højt uddannelsesniveau efter justering for forskelle i køn og alder mellem de to grupper, finder man bl.a. (Figur 2):

- 20% med lavt uddannelsesniveau har et dårligt selvvurderet helbred mod 7% med højt uddannelsesniveau
- 38% med lavt uddannelsesniveau har to eller flere kroniske sygdomme mod 27% med højt uddannelsesniveau
- 35% med lavt uddannelsesniveau er dagligrygere mod 15% med højt uddannelsesniveau
- 18% med lavt uddannelsesniveau er svært overvægtige mod 8% med højt uddannelsesniveau
- 30% med lavt uddannelsesniveau oplever at deres trivsel og livskvalitet er nogenlunde, mindre god eller dårlig mod 14% med højt uddannelsesniveau

Figur 2 Social ulighed i sundhed



Demografi

Befolkningens demografiske sammensætning spiller en vigtig rolle for sundhedstilstanden. Især betyder den hurtige vækst i ældrebefolkningen et øget

behov for behandling, pleje og rehabilitering. Andre faktorer, som befolkningens etniske sammensætning og uddannelsesniveau, påvirker også sundhedstilstanden og behovet for sundhedsydelser.

Fra 2008 til 2028 forventes andelen af personer på 80 år og derover at stige fra 3,8% til 6,9% af Region Midtjyllands samlede befolkning. Det er en relativ vækst på 80%. Væksten i ældrebefolkningen skyldes både de store årgange fra 1940'erne og væksten i middellevetiden.

Ved en uændret sundhedstilstand vil væksten i ældrebefolkningen føre til en kraftig stigning i behovet for sundheds- og sociale ydelser. Der sker imidlertid samtidig en forbedring i de ældres sundhedstilstand. Den forøgede middellevetid er jo netop udtryk for en generel forbedring i folkesundheden.

En række undersøgelser har vist, at borgernes forbrug af sygehusydelser i væsentlig udstrækning er koncentreret på de sidste leveår uanset alder ved dødens indtræden. Man må derfor forvente, at den del af væksten i ældrebefolkningen, der skyldes øget middellevetid, ikke vil øge behandlingsbehovet, mens væksten i ældrebefolkningen som følge af store årgange medfører et større behandlingsbehov.

Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed også blandt de ældste borgere. Sundhedsprofilen for Region Midtjylland viser, at 31% lavtuddannede har et dårligt selvvurderet helbred mod 14% højtuddannede hos de ældste deltagere i undersøgelsen (75-79 år).

I de kommende 20 år vil der ske en betydelig stigning i uddannelsesniveauet blandt personer på 80 år og derover i takt med, at nye ældreårgange kommer til. Skønsmæssigt vil andelen af personer med lavt uddannelsesniveau i regionen falde fra 50% til 25%. Andelen af ressourcestærke ældre, der kan tage hånd om deres eget helbred, vil dermed vokse.

3.2 Forbrug af sundhedsydelser

Forbruget af sundhedsydelser bestemmes af behandlingstilbud og efterspørgsel: Hvad findes der af mulige behandlinger? Hvilke behandlinger vil vi tilbyde? Hvor mange har brug for behandling og for hvad? Hvad har vi råd til?

Der er en betydelig variation i forbruget af sundhedsydelser i forhold til køn og alder. Opgjort i kr. var det gennemsnitlige forbrug af sygehusydelser i Region Midtjylland i 2007 8.300 kr. for mænd og 9.200 kr. for kvinder (Tabel 4). Det gennemsnitlige antal praksisbesøg (almen praksis, speciallæge, tandlæge fysioterapeut m.v.) var 8 for mænd og 12 for kvinder.

udkast

Tabel 4 Forbrug af sundhedsydelser i 2007

	Mænd	Kvinder	Alle
Gennemsnitligt sygehusforbrug (kr.)			
<1 år	20.500	18.000	19.300
1-14 år	2.400	2.200	2.300
15-29 år	3.300	6.000	4.600
30-44 år	4.600	7.900	6.200
45-59 år	9.000	9.200	9.100
60-74 år	19.100	16.000	17.300
75-89 år	29.400	23.000	25.400
90+ år	27.500	22.000	23.500
Alle	8.300	9.200	8.800
Andel i procent af sygehusforbrug			
<1 år	1,5	1,2	2,7
1-14 år	2,6	2,3	4,9
15-29 år	3,5	6,1	9,6
30-44 år	5,7	9,5	15,2
45-59 år	10,5	10,5	21
60-74 år	15,1	12,9	28
75-89 år	8	9,2	17,2
90+ år	0,5	1,1	1,6
Alle	47,4	52,8	100,0
Antal praksisbesøg i gennemsnit			
<1 år	12	11	12
1-14 år	5	5	5
15-29 år	5	10	7
30-44 år	7	12	10
45-59 år	9	14	12
60-74 år	13	17	15
75-89 år	19	20	20
90+ år	21	21	21
Alle	8	12	10
Andel i procent af samtlige praksisbesøg			
<1 år	0,8	0,7	1,4
1-14 år	4,4	4,2	8,6
15-29 år	4,4	8,8	13,1
30-44 år	7,3	12,9	20,2
45-59 år	9,3	13,6	22,9
60-74 år	9,2	11,7	20,9
75-89 år	4,5	7,1	11,7
90+ år	0,3	0,9	1,3

Udkast

Alle	40,2	59,8	100,0

Kilde: eSundhed

Både hos mænd og kvinder er forbruget af sundhedsydelser højt i det første leveår, hvorefter det falder kraftigt for så at stige med alderen. Kvindernes forbrug af sundhedsydelser ligger markant højere end mændenes gennem hele den fødedygtige alder (15-44 år).

Fra 60 år og op er mændenes forbrug af sygehusydelser højere end kvindernes, mens kvinderne bruger praksissektorens ydelser mere end mændene fra 15 år til og med 74 år. Herefter er der ingen forskel mellem mænd og kvinder.

Forskellen i forbrugsmønster blandt de 60+årige afspejler sandsynligvis forskelle i sygdomsmønster mellem mænd og kvinder. Region Midtjyllands sundhedsprofil viser, at livstruende sygdomme som hjertekarsygdomme er hyppigere hos mændene, derfor trækker de mere på sygehusenes højtspecialiserede ydelser, mens ikke livstruende sygdomme som gigt og depression er hyppigere hos kvinderne, hvilket udløser mange praksisbesøg.

Hvis man opgør forbruget af sundhedsydelser på køns-aldersgrupper, ser sammenhængen mellem alder og forbrug lidt anderledes ud.

Andelen af sygehusforbruget stiger med alderen hos begge køn, men topper ved 60-74 år. Denne aldersgruppe står for 28% af det samlede sygehusforbrug. Gruppen på 75 år og derover står for 19% af forbruget.

Det samme billede tegner sig for praksisbesøg. Her topper forbrugsandelen dog allerede ved 45-59 år. Denne gruppe bruger 23% af samtlige praksisbesøg, mens gruppen på 60-74 år bruger 21% og gruppen på 75 år og derover bruger 13% af besøgene.

Udkast

4 Overordnet organisering af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland

Organiseringen af sundhedsvæsenet i Region Midtjylland tager udgangspunkt i Sundhedsloven. Heraf fremgår det, at regionen – sammen med kommunerne – er ansvarlig for at tilbyde en indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte borger.

Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland er organiseret således at det understøtter den bedst mulige behandling til borgerne.

Fakta om Region Midtjylland:
Region Midtjylland har ca. 1,2 mio. indbyggere
Areal: 13.142 km2
Antal ansatte: ca. 25.000 fuldtidsstillinger
Samlet budget for Region Midtjylland 2009: 24,1 mia. kr.
Budget for sundhed: 19,3 mia. kr.
Budget for psykiatri og social: 2,6 mia. kr.
Anlægsbudget 2009: ca. 900 mio. kr.[1]
19 kommuner inden for regionens geografiske område
Region Midtjylland ledes af et regionsråd bestående af 41 medlemmer. Der er valg til regionsrådet hvert fjerde år.

Regionerne har ansvaret for:

- behandling på hospitaler (herunder både psykiatriske behandling og somatisk behandling, og akut behandling og planlagt behandling)
- præhospital indsats, befordring af patienter og befordringsgodtgørelse
- behandling m.v. i praksissektoren (dvs. hos den praktiserende læge, speciallæger, lægevagt m.v.)
- tilskud til medicin og behandling hos tandlæge, fysioterapeut m.v.
- patientrettet forebyggelse

Kommunerne har ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, hjemmesygepleje m.v.

Desuden skal regionerne og kommunerne i forskellig grad sikre og medvirke til

- kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet, og
- forskning og udvikling af sundhedsvæsenet, herunder uddannelse af læger, sygeplejersker og andre sundhedsmedarbejdere

[1] Der er forudsat en finansiering på 212 mio. kr. fra Kvalitetsfonden til investeringer i en moderne sygehusstruktur.

Udkast

Region Midtjylland og de 19 kommuner inden for regionens geografiske område samarbejder om at levere den bedst mulige behandling til borgerne. Dette sker bl.a. i det lovbestemte Sundhedskoordinationsudvalg og i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler (se mere i afsnit 10).

4.1 Organisering af ydelser til borgerne

De tre væsentligste aktører, der leverer sundhedsydelser til borgerne i Region Midtjylland er:

- Hospitaler
- Privatpraktiserende sundhedspersoner
- Kommuner

Hospitaler

Behandling foregår først og fremmest på regionens psykiatriske og somatiske hospitaler.

De somatiske hospitaler udgør tilsammen et netværk af kompetencer, som leverer hospitalsydelser med udgangspunkt i syv hospitalsenheder, der omfatter regionshospitalerne og Århus Universitetshospital:

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Århus Universitetshospital, Skejby
- Hospitalsenheden Horsens
- Hospitalsenheden Randers
- Hospitalsenheden Silkeborg
- Hospitalsenheden Vest
- Hospitalsenheden Viborg

Hver hospitalsenhed ledes af en hospitalsledelse bestående af en hospitalsdirektør, en cheflæge og en chefsygeplejerske. Hospitalsledelserne har reference til direktionen i Region Midtjylland.

Privatpraktiserende sundhedspersoner

De privatpraktiserende sundhedspersoner omfatter alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger, psykologer og fodterapeuter. Praksissektoren er yderligere beskrevet i afsnit 5.

Kommuner

Den tredje aktør på sundhedsområdet er kommunerne. Sundhedsloven definerer en arbejdsdeling mellem kommuner og region, hvor ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, hjemmesygepleje m.v. er lagt ved kommunerne.

Region Midtjylland og de 19 kommuner samarbejder på en lang række områder for at sikre den bedst mulige behandling til patienterne. Dette sker bl.a. i forhold til at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenet, således at overgange mellem f.eks. hospital og hjemmepleje forløber effektivt og problemfrit for patienten. Samarbejdet er nærmere beskrevet i afsnit 10, 11 og 12.

Udkast

4.2 Uddannelse og forskning

Nedenfor beskrives regionens tiltag for uddannelse og forskning på sundhedsområdet.

Personale og uddannelse

Sundhedsvæsenet er en videnstung organisation, der er helt afhængig af sit personale. Forbedring af de ydre rammer i form af nyt udstyr og tidssvarende bygninger er en forudsætning for bedre udnyttelse af personalet, men i sundhedsvæsenet vil personalet altid være den centrale faktor. Derfor er problemet med mangel på personale i disse og de kommende år en af de største udfordringer for sundhedssektoren.

Region Midtjylland oplever personalemangel inden for såvel det lægefaglige område som inden for en række andre sundhedsfaggrupper som sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, diætister og bioanalytikere.

Initiativer til at imødegå personalemangel

Region Midtjylland arbejder for at imødegå personalemanglen, både vedr. læger og andre faggrupper.

Speciallæger

Region Midtjylland har sammen med Region Nordjylland og Aarhus Universitet rettet henvendelse til Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling for at sikre et øget optag på universiteterne, særligt i Jylland, så fremtidig lægemangel kan imødegås.

Attraktive faglige miljøer er kendt som den største rekrutteringsfaktor for de højest specialiserede faggrupper. Derfor er gennemførelse af regionens Akutplan og Hospitalsplan samt byggeriet af Det Nye Universitetshospital og den nye hospitalsenhed i Vest blandt de væsentligste rekrutteringsfremmende tiltag de kommende år (se også afsnit 6.2). Specialiseringen og i et vist omfang centralisering vil fortsætte, og vil også være nødvendig, hvis Region Midtjylland skal kunne rekruttere i konkurrence med de øvrige regioner og i konkurrence med udlandet.

Uddannelse og videreuddannelse af personale er vigtig, hvis personalemanglen skal undgås på længere sigt. Region Midtjylland uddanner størstedelen af de speciallæger og sygeplejersker med videreuddannelse, som regionen skal bruge de kommende år.

Region Midtjylland og øvrige regioner arbejder på at tiltrække udenlandsk arbejdskraft, som til dels kompenserer for den manglende tilgang af danske læ-

Udkast

ger. Det præcise antal læger, der selv vælger at indvandre til Danmark er ikke kendt men mindst 400 læger med udenlandsk universitetsuddannelse arbejder i lægestillinger i Region Midtjylland.

Sygeplejersker og andre ikke-lægelige faggrupper

For øvrige sundhedsfaglige grupper er der iværksat en række indsatser for at tiltrække elever og studerende til sundhedsuddannelserne. Blandt andet erhvervspraktik, åbent hus arrangementer og gennemførelse af en stor image-kampagne social- og sundhedsuddannelserne.

Derudover arbejdes der i regi af Undervisningsministeriet på en stor kampagne med fokus på rekruttering af sygeplejersker, radiografer og bioanalytikere.

Der sættes ind på en lang række områder for at klare udfordringen med at sikre kvalificeret arbejdskraft til sundhedsvæsnet og på flere af uddannelserne er antallet af uddannelsespladser øget indenfor det seneste år. Det gælder uddannelsen til sygeplejerske, radiograf-uddannelsen, uddannelsen til jordemoder og på social- og sundhedsuddannelsen.

Region Midtjylland og alle samarbejdspartnere satser målrettet på følgende to områder:

- Øget optag og gennemførelsesprocent på uddannelserne
- Fastholdelse af den eksisterende arbejdskraft via målrettet kompetenceudvikling

For at understøtte behovet for specialsygeplejersker opprioriterer Regionen uddannelsen af disse, herunder en ny specialuddannelse i kræftsygepleje, hvor første undervisningshold starter 1. september 2009.

Forskning i Region Midtjylland

Gennem forsknings- og udviklingsarbejde vil Region Midtjylland sikre, at sundhedsvæsenets ydelser og uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau (jf. Sundhedslovens § 194).

Dette sker bl.a. igennem Region Midtjyllands sundhedsvidenskabelige forskningsfond, der har til formål at bidrage til at forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering i Region Midtjylland løbende udvikles på et højt niveau. Forskningsfonden yder økonomisk støtte til forskning, der har udgangspunkt i sundhedsområdet i Region Midtjylland, og som gennemføres på eller i samarbejde med et eller flere af Region Midtjyllands somatiske hospitaler. Fonden uddeler i 2009 22,5 mio. kr.

Udkast

I den sundhedsvidenskabelige forskning i Region Midtjylland er der især fokus på det tætte og positive samarbejde omkring Universitetshospitalet. Samarbejdet bygger på den grundidé, at grundforskning, klinisk forskning og klinisk udvikling hænger sammen. Det er med til at sikre, at forskningsresultater, der kan føre til nye og bedre behandlinger, kan indføres hurtigt og at væsentlige sundhedsproblemstillinger kan gøres til genstand for forskning.

Der er desuden etableret et formaliseret samarbejde omkring forskning i folkesundhed mellem Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland.

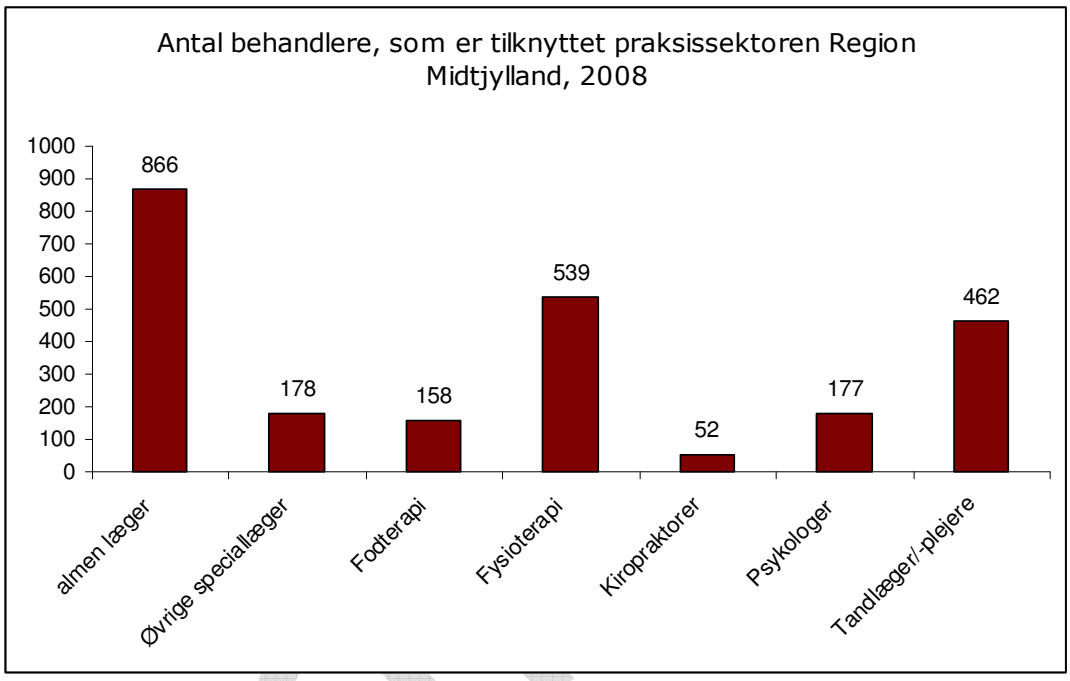
Kommunerne skal efter strukturreformen medvirke til forsknings- og udviklingsarbejde. I Region Midtjylland er der etableret en fælles forskningspulje, der kan medvirke til støtte forskningsprojekter, der typisk vil beskæftige sig med sundhedsproblemstillinger, der går på tværs af sektorer.

Udkast

5 Praksissektoren

Praksissektoren er typisk indgangsdøren til sundhedsvæsenet. Når man som borger i Region Midtjylland oplever at have et sundhedsproblem, som kræver sundhedsvæsenets bistand, vil den første kontakt gå til praksissektoren med mindre der er tale om akut indlæggelse efter et opkald til 1-1-2 alarmcentralen.

Figur 3 Antal behandlere tilknyttet praksissektoren i Region Midtjylland



Kilde: Sygesikring 2

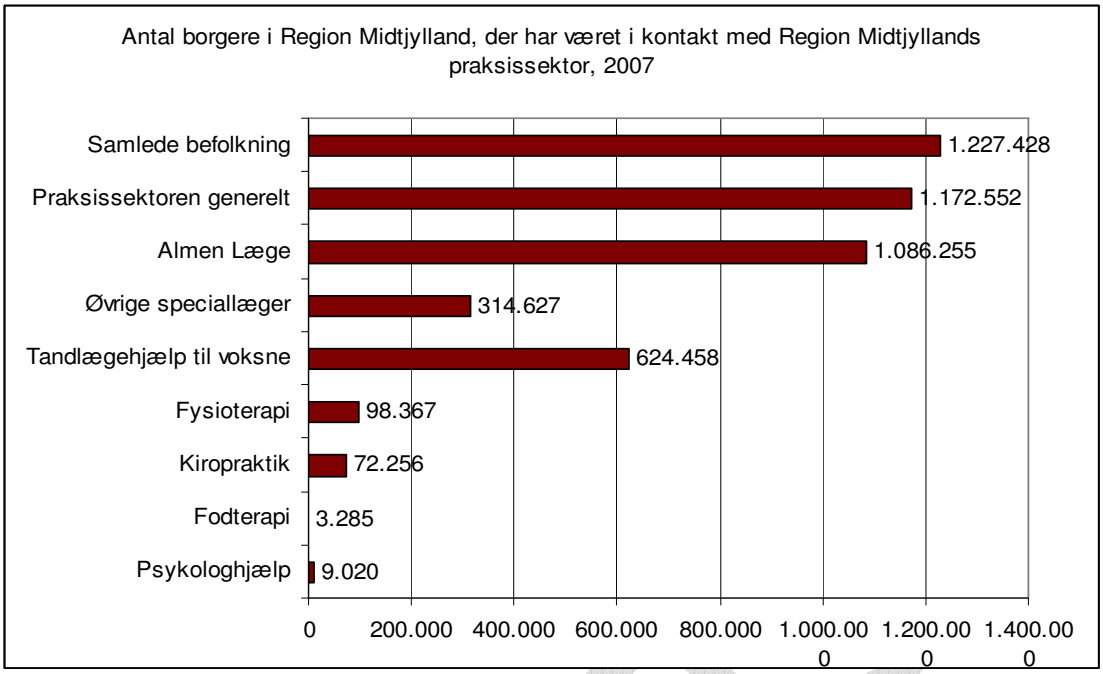
Praksissektoren består af læger, fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger, psykologer og fodterapeuter. I Region Midtjylland er der i alt 2432 behandlere fordelt på de forskellige områder (se Figur 3). Når disse faggrupper arbejder inden for rammerne af praksissektoren, er de selvstændige erhvervsdrivende, som arbejder under landsoverenskomster (dvs. kontrakter) for de forskellige områder.

Køb af medicin på apoteket medregnes til praksissektoren, når der gives tilskud til medicinkøb.

5.1 Borgerens indgang til sundhedsvæsenet

Når man som borger i Region Midtjylland oplever at have et sundhedsproblem, vil den første kontakt gå til praksissektoren, med mindre der er tale om akut indlæggelse efter opkald til 1-1-2. De fleste borgere oplever at have kontakt med praksissektoren, jf. Figur 4.

Figur 4 Antal borgere i kontakt med praksissektoren i 2007



Note: "Praksissektoren generelt" omfatter antallet af borgere med kontakt til en eller flere sundhedspersoner i regionen
Kilde: Targit

Praksissektoren færdigbehandler ca. 90 procent af alle henvendelser, og dermed viderehenvises kun ca. 10 procent til mere specialiseret behandling i hospitalsvæsenet.

Praksissektoren står også for driften af Region Midtjyllands vagtlægesystem. Her kan borgerne få akut hjælp, når borgerens egen læge har lukket.

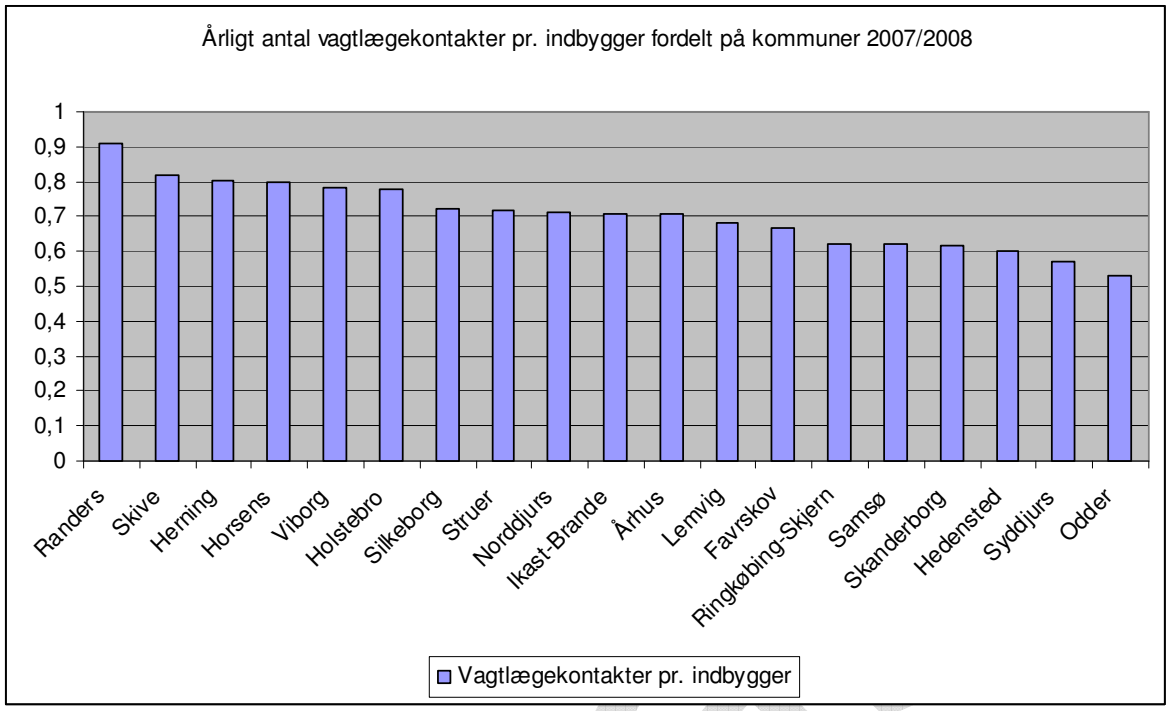
Tabel 5 angiver forbruget af lægevagtsydelser i Region Midtjylland samt udgifterne hertil, og Figur 5 viser årligt antal kontakter med vagtlægesystemet fordelt på kommuner.

Tabel 5 Årligt forbrug af lægevagtsydelser i Region Midtjylland

Ydelse	Antal	Tilskud i kr.
Konsultation	182.410	35.711.505
Hjemmebesøg	88.577	24.752.953
Telefonkonsultation uden besøg/konsultation	392.863	38.362.370
Telefonkonsultation med besøg/konsultation	268.611	11.138.133
I alt	932.461	109.964.961

Note: Tallene angiver aktivitet i sidste kvartal af 2007 samt de tre første kvartaler af 2008.
Kilde: Targit

Figur 5 Vagtlægekontakter pr. indbygger fordelt på kommuner 2007/2008



Note: Tallene angiver aktivitet i sidste kvartal af 2007 samt de tre første kvartaler af 2008.
Kilde: Targit

Samarbejde mellem region og praksissektoren

Samarbejdet mellem regionen og praksissektoren fastlægges i landsoverenskomster, der indgås mellem Danske Regioner og de forskellige grupper af behandlere, f.eks. fysioterapeuter. Overenskomsterne bygger på, at behandlerne honoreres pr. ydelse. Overenskomsterne har væsentlig betydning for planlægning og udvikling af området. Når nye tiltag skal iværksættes og gennemføres, må det oftest aftales mellem parterne.

Tabel 6 Fordeling af sygesikringsmidler

I mio. kr. 2008 prisniveau	2007
Almen lægehjælp	1.550,8
Speciallægehjælp	450,3
Medicin	1.620,7
Tandlægehjælp	303,3
Fysioterapi	214,2
Kiropraktik	22,3
Øvrig sygesikring	237,8
Sygesikring i alt	4.399,5
Sygesikring ekskl. medicin	2.778,8

Kilde: ØS2000

Samarbejdet er organiseret i en række samarbejdsudvalg. Disse findes for speciallæger, almen læger, fysioterapeuter, psykologer, kiropraktorer og tandlæger. I samarbejdsudvalgene sidder repræsentanter for behandlerne og for regionsrådet i Region Midtjylland.

Regionale (sær-)aftaler
Regionerne har i samarbejde med praksisudvalgene mulighed for at indgå lokale aftaler, som supplerer eller fraviger overenskomsten på de respektive praksisområder. Disse aftaler indgås typisk på områder, hvor der er behov for særligt fleksible løsninger i forhold til de udfordringer, som den enkelte region står over for. Aftalerne giver således mulighed for at modernisere overenskomsten, og ofte bliver aftalerne gjort nationale.

5.2 Initiativer på praksisområdet

Harmonisering: Med etableringen af Region Midtjylland blev der indledt et stort arbejde med at harmonisere de forskellige vilkår, som var gældende for praksissektoren.

Etablering af kvalitetsorganisation: Samarbejdet mellem sektorerne i sundhedsvæsenet skal være effektivt og målrettet. Der skal sikres faglig og organisatorisk udvikling samt systematisk efteruddannelse.

Der er etableret en kvalitetsorganisation for praksissektoren i Region Midtjylland med tre lokale kvalitetsteams som omdrejningspunkt

På medicinområdet arbejder de regionale lægemiddelkonsulenter for at kvalitetssikre lægemiddelordinationen i almen praksis og lette sektorovergange i patientforløb, så den medicinske behandling af patienter koordineres mellem forskellige sektorer. Herudover arbejdes der også med en indsats for at minimere brugen af vanedannende medicin (se særskilt afsnit herom i det efterfølgende).

Repræsentanter fra de lokale kvalitetsteams samles i et regionalt kvalitetsteam. Det regionale kvalitetsteam rådgiver Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, udarbejder forslag til strategi for kvalitetsarbejdet i Region Midtjylland og koordinerer indsatsen på kvalitetsområdet.

Praksisplaner: For alle ydere, undtagen tandlæge- og fodterapiområderne, laver Samarbejdsudvalgene praksisplaner i overensstemmelse med det i overenskomsterne fastsatte. Praksisplanerne sigter på en øget kapacitetsmæssig og kvalitetsmæssig integration i det samlede sundhedsvæsen.

Praksisplanerne indeholder en beskrivelse af Region Midtjyllands behandlingskapacitet på det givne område og en stillingtagen til hvilke udfordringer, der må forventes og hvilken udvikling, samarbejdsudvalgene vil arbejde for at rea-

lisere. Region Midtjylland er på alle områderne langt inde i arbejdet med praksisplanerne, som afsluttes primo 2009.

Delplan om rekruttering og fastholdelse: Region Midtjylland står over for en betydelig udfordring i forhold til at sikre alle borgere adgang til praktiserende læger.

Der er udarbejdet en delplan for rekruttering og fastholdelse under praksisplanen. Delplanen indeholder blandt andet en beskrivelse af lægedækningen i Region Midtjylland, herunder et særligt fokus på aldersfordelingen og forventet ophør i praksis.

Planen identificerer en række geografiske områder, hvor der særligt kan forventes at blive lægedækningsproblemer i de kommende år og fastlægger desuden en række tiltag for fastholdelse og rekruttering af læger, understøttelse af etablering af flerlægepraksis.

Strukturudvikling i almen praksis: Der er en voksende mangel på almen praktiserende læger. Region Midtjylland arbejder på at flere læger samles i større praksis. På denne måde kan de arbejde sammen og udnytte synergieffekterne heraf, f.eks. i form af effektiv udnyttelse af klinikpersonale, opgaveglidning, fælles administration, faglig specialisering af læger og personale m.m.

I forlængelse heraf er Region Midtjylland i samarbejde med en række praktiserende læger, kommuner og hospitaler i færd med at etablere to sundhedshuse, som vil huse tilbud fra alle tre sektorer under samme tag. Samtidig arbejder Region Midtjylland på at etablere en række behandlerhuse, der rummer forskellige ydere i praksissektoren. Sundheds- og behandlerhusene vil blandt andet være med til at sikre rekruttering og fastholdelse af blandt andet alment praktiserende læger.

Perspektivplan: Behovet for strukturudvikling i almen praksis er stort, og der udtrykkes fra almen praksis stor efterspørgsel i forhold til Region Midtjyllands støtte til konkrete initiativer. Ressourceindsatsen må derfor nødvendigvis prioriteres.

Region Midtjylland udarbejder på den baggrund et særligt planelement: ”Region Midtjyllands perspektiver på strukturudvikling i almen praksis”. I perspektivplanen gengives de politisk fastsatte mål og rammer for indsatsen lige som situationen i de enkelte kommuner belyses. Dette leder frem til konklusioner i forhold til i hvilke områder, under hvilke forudsætninger og med hvilke instrumenter Region Midtjylland kan tænkes at involvere sig direkte i enkeltpraksis’ strukturudvikling.

Særlig indsats på medicinområdet: Der er udarbejdet en handlingsplan for medicinområdet. Der er særligt fokus på: Ordination af medicin i forhold til anbefalinger; projekt ”Væk med vanedannende medicin”; receptfornyelsesrutiner

Udkast

i almen praksis; polyfarmaci og klinisk farmaci i almen praksis. Der arbejdes med kvalitetssikring af medicinordinationer i almen praksis bl.a. med henblik på at lette sektorovergange i patientforløb.

Region Midtjylland har ansat medicinkonsulenter, der arbejder med Rationel Farmakoterapi – rationel anvendelse af lægemidler.

Via en særlig indsats har Region Midtjylland, sammenlignet med de øvrige regioner, opnået et markant lavere forbrug af sove-nervemedicin.

Ny patientgruppe på psykologområdet: På psykologområdet er der gradvist ved at blive indfaset en ny patientgruppe, idet moderat deprimerede patienter under visse forudsætninger nu kan tilbydes psykologbehandling. Det betyder, at behovet for psykologer tilknyttet praksissektoren er øget med ca. 16 %.

Overdragelse af myndighedsansvar: Folketinget har vedtaget lov om overdragelse af myndighedsansvaret fra regioner til kommuner for den vederlagsfri fysioterapi med virkning fra 1. august 2008. Det kræver en særlig indsats fra de berørte parter, at få denne myndighedsoverdragelse til at finde sted på en måde, så patienterne kun kommer til at opleve positive effekter.

Udkast

6 Hospitaler

Region Midtjyllands største opgave er drift af regionens hospitaler. Hospitalsområdet står for ca. 70% af udgifterne på sundhedsområdet, hvilket svarer til ca. 11,7 mia. kr.[1].

Når en borger i Region Midtjylland kommer i kontakt med hospitalsvæsenet, sker det oftest ved henvisning fra praktiserende læge. Patienten henvises til hospitalet, hvis den praktiserende læge ikke kan diagnosticere patienten, eller hvis behandling af patientens sygdom er så kompliceret, at det hører til på hospitalet.[2] Når patienten, efter at være blevet henvist, kommer ind på hospitalet kan det enten være i form af et ambulant besøg eller en indlæggelse.

En borger kan ligeledes komme i kontakt med hospitalsvæsenet ved tilskadekomst eller akut opstået sygdom (læs mere herom i afsnit 7).

Hospitalsplanlægningen i Region Midtjylland spiller sammen med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning på nationalt niveau, hvor der arbejdes med tre funktionsniveauer. Niveauerne afspejler af sygdommens eller ydelsernes kompleksitet og sjældenhed samt ressourceforbrug.

- **Højtspecialiserede funktioner** (tidligere kaldet lands- og landsdelsfunktioner): Findes typisk 1-3 steder i landet og omfatter sygdomme/ydelser af betydelig kompleksitet og/eller sjældenhed, der forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, eller hvor ressourceforbruget (f.eks. i form af apparatur) tilsiger en samling af ydelserne.
- **Hovedfunktioner** (tidligere kaldet basisfunktioner): Omfatter sygdomme/lidelser der er hyppigt forekommende, og hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet. Kan findes flere steder i hver region.
- **Regionsfunktioner** (svarer i store træk til de tidligere tværamtslige basisfunktioner): Findes typisk 1-3 steder i hver region, afhængigt af regionens lokale forhold. Omfatter sjældent forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af nogen kompleksitet, eller hvor ressourceforbruget tilsiger en vis samling af ydelserne.

Foruden disse tre niveauer, findes også udlandsfunktioner, der er af en sådan kompleksitet eller kræver så mange ressourcer, at behandlingen ikke kan etab-

[2] Indeværende afsnit omhandler den somatiske (behandling af fysisk sygdom) del af hospitalsområdet. I hospitalsvæsenet behandles også psykisk sygdom. Dette beskrives nærmere i afsnit 8

leres selvstændigt i Danmark. Funktionen kan evt. varetages på et dansk hospital i et formaliseret samarbejde med et udenlandsk hospital.

Højtspecialiserede funktioner og regionsfunktioner omfattes af begrebet specialfunktion, der reguleres i Sundhedslovens § 208. Heraf fremgår det, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til specialfunktioner og deres placering på regionale og private hospitaler.

6.1 Organisation og aktivitet i hospitalsvæsenet

Hospitalsplan for Region Midtjylland fastlægger fordelingen af funktioner og specialer på hospitalerne i regionen. Planen blev vedtaget i oktober 2008, og indebærer en række strukturændringer på hospitalsområdet. Beskrivelsen af hospitalsområdet nedenfor tager afsæt i disse beslutninger.

Akutplan for Region Midtjylland og *Hospitalsplan for Region Midtjylland* beskrives nærmere i afsnit 6.2.

Højtspecialiseret behandling i Region Midtjylland vil som udgangspunkt foregå på Århus Universitetshospital, men der vil også være højtspecialiserede funktioner for neurorehabilitering og paraplegi på hhv. Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Viborg. I forhold til paraplegien udredes den fremtidige organisering og fortsatte tilknytning til Århus Universitetshospital.

Varetagelsen af *hovedfunktioner* er et regionalt anliggende, dvs. at Sundhedsstyrelsen ikke fastsætter krav og placering på hospitalerne men formulerer en række anbefalinger. I Region Midtjylland tager varetagelse af hovedfunktioner udgangspunkt i hospitalerne med akutindtag, enten som fælles akutmodtagelse (Randers, Viborg, Horsens, Vest og Århus) eller som hospital med modtagelse af visiterede intern medicinske patienter (Silkeborg).

I Region Midtjylland vil placeringen af *regionsfunktioner* afvente Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger. Med hospitalsplanen dedikeres de fem store regionshospitaler i Region Midtjylland en række udviklingsopgaver med udgangspunkt i de enkelte specialer. Udviklingsopgaver kan være udgangspunkt for placering af regionsfunktioner. Udviklingsopgaverne beskrives sammen med hospitalernes øvrige funktioner nedenfor.

Om hospitalerne

Århus Universitetshospital (herunder Århus Sygehus og Skejby):
Århus Universitetshospital består af et samarbejde mellem Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet, Århus Sygehus, Skejby Sygehus,

Århus Universitetshospital, Risskov, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Risskov samt Aalborg Sygehus og Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Formålet med dette samarbejde er at øge kvalitet og dokumentation i sundhedsvæsenets tilbud samt at opretholde på højeste internationale niveau. Dette sker gennem forskning, uddannelse og udvikling. Universitetet har hovedansvaret for forskning og klinisk undervisning, mens Region Midtjylland har ansvaret for de kliniske funktioner på de involverede hospitaler. Århus Universitetshospital ledes af Kontaktudvalget for Århus Universitetshospital.

Århus Universitetshospital betjener den østlige del af regionen på hovedfunktionsniveau. Århus Universitetshospital er akuthospital for ca. 366.000 indbyggere. På hospitalet er der desuden højtspecialiseret traumecenter.

Samtlige specialer varetages på Århus Universitetshospital. Århus Universitetshospital vil fortsat være spydspids på det højtspecialiserede område og behandle patienter med behov for højt specialiseret behandling fra hele Region Midtjylland, fra Vestdanmark og fra hele landet.

Hospitalsenheden Randers:
Regionshospitalet Randers betjener den nordøstlige del af regionen på hovedfunktionsniveau, herunder er Regionshospitalet Randers akuthospital for ca. 232.000 indbyggere. Der etableres fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Randers.

Regionshospitalet Randers har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for kvinde-barn specialerne gynækologi/obstetrik og pædiatri, og varetager desuden fortsat mammakirurgi, tyktarms- og endetarmskræftkirurgi.

På Regionshospitalet Grenaa er der ambulante funktioner og stationær kapacitet. Der er akutklinik på Regionshospitalet Grenaa.

Hospitalsenheden Silkeborg og Hammel Neurocenter:
På Regionshospitalet Silkeborg etableres *Center of Excellence* (se også afsnit 6.2), som har til opgave at udvikle en række funktioner inden for det intern medicinske område. Desuden har Regionshospitalet Silkeborg en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for sygdomme i bevægeapparatet.

Regionshospitalet Silkeborg vil fremover modtage visiterede akutte intern medicinske patienter svarende til op til 2/3 af de nuværende intern medicinske patienter. Visitation vil ske efter de aftalte visitationsretningslinier. Akutte patienter, der køres via 1-1-2, indbringes til en fælles akutmodtagelse.

Der etableres akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg.

Udkast

Regionshospitalet Hammel Neurocenter vil fortsat være Vestdansk center for neurorehabilitering og vil indtage en afgørende rolle i udviklingen af området i Region Midtjylland.

Hospitalsenheden Viborg:
Regionshospitalet Viborg betjener den nordlige del af regionen på hovedfunktionsniveau, herunder er Regionshospitalet Viborg akuthospital for 228.000-241.000 indbyggere. Der etableres fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Viborg.

Hospitalet har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for karkirurgi. Mulighederne for at Regionshospitalet Viborg kan varetage en særlig udviklingsopgave inden for lungemedicin udredes nærmere.

Paraplegien, der er en højtspecialiseret funktion, varetages i dag på Regionshospitalet Viborg. Den fremtidige organisering og fortsatte tilknytning til Århus Universitetshospital udredes.

Med *Akutplan for Region Midtjylland* og vedtagelse af budgetforlig 2009 er det besluttet, at der ikke fremover vil være akut medicinsk modtagelse og medicinske senge på Regionshospitalet Skive. Der gennemføres en større rokade af medicinske senge i 2009.

Der vil fortsat være neurorehabilitering af patienter med moderat erhvervet hjerneskade på Regionshospitalet Skive. Der igangsættes en udredning af den fremtidige indsats på neurorehabiliteringsområdet i regionen med fokus på den faglige kvalitet, men hvor også samarbejdet med kommunerne og regionens tilbud under serviceloven skal indgå.

IVF-behandling vil fortsat blive varetaget i Skive, ligesom der vil blive varetaget laboratoriefunktioner svarende til de lokale behov.

Desuden er akutklinik på Regionshospitalet Skive.

Den dagkirurgiske funktion på Regionshospitalet Kjellerup integreres i Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg, når der er skabt den fornødne bygningsmæssige kapacitet.

Hospitalsenheden Vest:
Hospitalsenheden Vest betjener den vestlige del af regionen på hovedfunktionsniveau, herunder er Hospitalsenheden Vest akuthospital for 247.000-299.000 indbyggere.

Udkast

Som følge af *Akutplan for Region Midtjylland* etableres ét nyt samlet hospital med en fuldt udbygget fælles akutmodtagelse i den vestlige del af regionen til erstatning for hospitalerne i Herning og Holstebro. Indtil da kan akutte patienter modtages og behandles både på Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro. Indtil et nyt samlet hospital er bygningsmæssigt etableret i Vestjylland vil Hospitalsenheden Vest fungere som et samlet hospital.

Af hospitalsplanen fremgår det, at Hospitalsenheden Vest har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for kræftkirurgi og klinisk onkologi.

Af akutforliget følger det, at Regionshospitalet Holstebro fortrinsvis skal varetage en række avancerede behandlinger inden for det elektive område, herunder inden for specialerne oto-rhino-laryngologi, urologi, mammakirurgi, oftalmologi og ortopædisk kirurgi.

På Regionshospitalet Lemvig varetages neurorehabilitering af hjerneskadede. Der igangsættes en udredning af den fremtidige indsats på neurorehabiliteringsområdet i regionen.

På Regionshospitalet Ringkøbing er der ambulante og stationære funktioner. Det er akutklinik på Regionshospitalet Ringkøbing.

På Regionshospitalet Tarm er der røntgenfunktion (begrænset åbningstid).

For yderligere information om opgavevaretagelsen på Hospitalsenheden Vest henvises til *Akutplan for Region Midtjylland* og *Hospitalsplan for Region Midtjylland*.

Hospitalsenheden Horsens:
Regionshospitalet Horsens betjener den sydøstlige del af regionen på hovedfunktionsniveau, herunder er Regionshospitalet Horsens akuthospital for 183.000-203.000 indbyggere. Der etableres fælles akutmodtagelse på Regionshospitalet Horsens.

Regionshospitalet Horsens har en særlig opgave i at udvikle funktioner inden for det kirurgiske speciale (kirurgisk gastroenterologi).

De fremtidige funktioner på Skanderborg Sundhedscenter skal vurderes nærmere, idet det indgår i budgetforliget, at der skal ske en drøftelse med Skanderborg Kommune.

Det indgår i budgetforliget, at sengekapaciteten på Regionshospitalet Brædstrup og Regionshospitalet Odder lukkes hurtigst muligt igennem et samarbej-

udkast

de mellem Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Silkeborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Friklinikken i Brædstrup er fysisk placeret på Regionshospitalet Brædstrup, men fungerer som et selvstændigt hospital med dagkirurgiske patienter.

Nøgletal for Hospitalerne

Tabel 7: Nøgletal for hospitalerne i Region Midtjylland i 2007[3]

	Udskrivninger[4]	Sengedage	Gns. liggetid[5]	Ambulante besøg[6]	Skadestuebesøg	DRG-værdi (1000 kr.)
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder	18.725	78.795	4,2	124.285	20.470	769.717
Friklinikken i Brædstrup	893	1.205	1,3	22.460	0	114.716
Regionshospitalet Randers og Grenaa	30.761	122.753	4,0	156.360	31.714	1.009.135
Regionshospitalet Silkeborg og Hammel Neurocenter	17.522	102.748	4,3 (RHS) 41,5 (HN)	93.194	17.712	743.786
Århus Universitets-hospital, Skejby	34.735	127.716	3,7	156.226	0	1.595.204
Hospitalsenheden Vest	46.707	189.914	4,1	328.728	24.040	1.795.752
Regionshospitalet Viborg, Kjellerup og Skive	36.878	155.113	4,2	208.495	23.374	1.407.249
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	60.708	236.488	3,9	418.126	57.172	3.047.033
I alt	**246.929**	**1.014.732**		**1.507.874**	**174.482**	**10.482.592**

Støttefunktioner på hospitalerne

På hospitalerne findes der en lang række andre tværgående funktioner, der på forskellig vis støtter op omkring det direkte arbejde med patienten gennem at levere en række ydelser. Det gælder f.eks.:

[3] Kilde: InfoRM den 20. november 2008
[4] Udskrivning er udregnet pr. sygehusudskrivninger
[5] Gennemsnitlig liggetid er udregnet som antallet af udskrivninger delt med antallet af behandlede pr. CPR-nummer.
[6] De ambulante besøg omfatter ikke assistancer.

Udkast

- Radiologi
- Klinisk biokemi,
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin,
- Klinisk genetik
- Klinisk immunologi
- Klinisk mikrobiologi
- Patologi

En del af disse støttefunktioner betjener ikke kun hospitalerne men også de privat praktiserende læger. Det vil sige, at når en patient f.eks. får taget en blodprøve eller en vævsprøve hos sin egen læge, bliver denne prøve ofte sendt til undersøgelse og test på et af regionens hospitaler.

Øvrige funktioner på hospitalerne er f.eks. ergoterapi og fysioterapi.

6.2 Initiativer på hospitalsområdet

På hospitalsområdet sætter akutplanen og hospitalsplanen nye rammer for hospitalerne i Region Midtjylland. Akutplanen blev vedtaget i regionsrådet i oktober 2007, og den udgør en del af den samlede hospitalsplan, der blev vedtaget i regionsrådet i oktober 2008.

Initiativerne på hospitalsområdet indebærer bl.a. etablering af fælles akutmodtagelser i Horsens, Randers og Viborg samt to store hospitalsbyggerier i Skejby ved Århus og i Gødstrup ved Herning.

Øvrige planer med betydning for hospitalsvæsenet er stråleplanen (se afsnit 7.1) og palliativ plan (se afsnit 13).

Akutplan for Region Midtjylland

Den 24. oktober 2007 vedtog regionsrådet *Akutplan for Region Midtjylland*, der danner rammerne for den akutte indsats i regionen. Akutplanen har til formål at sikre, at den akutte patient i Region Midtjylland får en hurtig og højt kvalificeret diagnostik og behandling – uanset tid og sted.

Indsatsen for den akutte patient er flerstrenget, og akutplanen omhandler derfor følgende områder:

- Center of Excellence
- Opførelse af nyt hospital i den vestlige del af regionen
- Fælles akutmodtagelser
- Akutklinikker
- Præhospital beredskab
- Visitation til akut behandling

Udkast

I nærværende afsnit kan du læse mere om etablering af Center of Excellence på Regionshospitalet Silkeborg og beslutningen om opførelse af et nyt hospital i den vestlige del af regionen. De fire øvrige elementer i akutplanen uddybes i afsnit 7.2 og 7.3 under overskriften "Når det skal gå hurtigt".

Af akutplanen fremgår det desuden, at der fastholdes og bevares fødsler på de nuværende syv fødesteder.

Center of Excellence på Regionshospitalet Silkeborg
Regionshospitalet Silkeborg får med akutplanen en særlig funktion som *Center of Excellence* på det intern medicinske område. Det indebærer, at Regionshospitalet Silkeborg skal udvikle nye metoder til omstilling af aktivitet fra stationær til ambulant og fra akut til subakut/elektiv aktivitet.

Det vil i fremtiden være muligt at modtage visiterede akutte intern medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg (se også afsnit 6.1 ovenfor).

Opførelse af nyt hospital i vest
Som et led i akutplanen besluttede regionsrådet, at der skal opføres et nyt hospital i den vestlige del af regionen. På regionsrådets møde den 18. juni 2008 blev det besluttet at placere det nye hospital ved Gødstrup uden for Herning. Det nye hospital skal erstatte regionshospitalerne i Herning og Holstebro. Målet er at skabe et fagligt ambitiøst og attraktivt hospital med fuldt udbygget akutmodtagelse.

Hospitalsplan for Region Midtjylland
Den anden store plan for hospitalsområdet er hospitalsplanen, der blev vedtaget i regionsrådet den 22. oktober 2008. Planen bygger på beslutningerne i *Akutplan for Region Midtjylland*, og den ovenstående beskrivelse af regionens hospitalsvæsen bygger på beslutningerne i hospitalsplanen.

I hospitalsplanen fastlægges den overordnede struktur for udviklingen af hospitalsvæsenet i Region Midtjylland. Regionsrådet vil træffe særskilte beslutninger om konkrete ændringer.

Hovedtrækkene i hospitalsplanen kan resumeres i følgende punkter:

- De højt specialiserede behandlinger koncentreres på Århus Universitetshospital og på Hammel Neurocenter. Regionshospitalet Viborg er vestdansk center for paraplegibehandling, men den interne organisering i Region Midtjylland udredes nærmere via en faglig udredning.
- Behandling på hovedfunktionsniveau varetages principielt på de hospitaler, som ifølge akutplanen har akutindtag, enten som fælles akutmodtagelse (Randers, Viborg, Vest, Horsens, Århus) eller som hospital med modtagelse af visiterede intern medicinske patienter (Silkeborg).

- Som et bærende princip har de fem store regionshospitaler særlige udviklingsopgaver i samspil med universitetshospitalet. Disse udviklingsopgaver kan være rammen for placering af regionsfunktioner i forlængelse af færdiggørelsen af Sundhedsstyrelsens specialegennemgange
- Der vil fortsat være stationær kapacitet og ambulante funktioner på en række af de mindre hospitalsmatrikler.
- Med henblik på at tilgodese hensynet til nærtilbud skal de ambulante funktioner på såvel centrale som decentrale enheder, i takt med de teknologiske ændringer, fortsat udvikles.
- I forbindelse med udvikling og profilering af nærtilbud skal der indgås et tæt samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger.

Det Nye Universitetshospital i Århus

Hospitalerne i Århus-området skal samles i ét stort hospital, der er en udvidelse af det nuværende hospital på Skejby Mark ved Århus. Med opførelsen af Det Nye Universitetshospital i Århus er Region Midtjylland i gang med den største omlægning af eksisterende hospitaler i Danmark nogensinde.

Når Det Nye Universitetshospital i Århus står helt klar i løbet af 10-15 år, vil det være Danmarks største hospital. Projektet blev igangsat i 2005 af amtsrådet i det tidligere Århus Amt. Forberedelsesudvalget for Region Midtjylland besluttede i marts 2006 at fortsætte projektet i regi af Region Midtjylland.

Nøgletal for Det Nye Universitetshospital:

- Der vil være ca. 9.000 ansatte (det samme antal som på hospitalerne i området i dag)
- Ca. 100.000 årlige indlæggelser
- Ca. 600.000 ambulante besøg om året
- Der er købt/skal købes ca. 500.000 kvadratmeter jord til projektet
- Det samlede hospital bliver på ca. 400.000 kvadratmeter, hvoraf ca. 250.000 kvadratmeter er nybyggeri
- Det forventede anlægsøkonomi på ca. 8,85 mia. kr. (indeks 117) inkl. udstyr.

Udkast

7 Når det skal gå hurtigt

Dette kapitel i sundhedsplanen handler om aktiviteter i sundhedsvæsenet, hvor tid er en særligt vigtigt faktor. Overalt i sundhedsvæsenet bestræber man sig på at arbejde så hurtigt og så effektivt som muligt, men i forhold til kræft, akutberedskab, præhospital beredskab og sundhedsberedskab spiller tiden en helt afgørende rolle.

7.1 Kræftpakker

Region Midtjylland arbejder målrettet for at optimere forløbet og minimere ventetiden for patienter med kræft eller mistanke om kræft.

Ved mistanke om visse kræftformer igangsættes diagnosticering inden for to hverdage. Det gælder hoved-halskræft, lungekræft, tarmkræft og brystkræft. Der sættes hurtigt ind for at be- eller afkræfte mistanken, og den rette behandling påbegyndes så hurtigt som muligt. Når diagnostik og behandling er sat i gang, må der kun optræde ventetid, der er strengt fagligt begrundet. Her tages der naturligvis fortsat hensyn til patientens ønsker omkring forløbet.[7]

Region Midtjylland arbejder for at indføre pakkeforløb for en lang række kræftformer. Et pakkeforløb er et standardiseret udrednings- og behandlingsforløb, der handler om:

- hvilke undersøgelser og behandlinger, der indgår i de forskellige forløb
- hvor lang tid de enkelte dele af forløbet må tage
- standarder for information til patienter og pårørende
- målepunkter for opfølgning på de enkelte forløb

Pakkeforløbene omfatter hele patientens forløb fra mistanke om kræft til endelig behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene skal være implementeret i løbet af 2008.

For at sikre en hurtig behandling af patienter med kræft er det med *Strålelplanen for Region Midtjylland* besluttet at udvide kapaciteten for strålebehandling for at kunne imødekomme en kraftigt stigende efterspørgsel. Stråleplanen indebærer etablering af en strålesatellit med to acceleratorer i Herning og en udbygning af den eksisterende kapacitet i Århus med yderligere fire acceleratorer.

[7] Jf. *Aftale om akut handling og klar besked*, indgået den 12. oktober 2007 mellem regeringen og Danske Regioner

midt regionmidtjylland

Udkast

7.2 Akutberedskab

Med akutplanen vil Region Midtjylland fremtidssikre behandlingen af den akutte patient. Akutplanen blev vedtaget i oktober 2007, og den styrker indsatsen for den akutte patient (se også afsnit 6.2), bl.a. ved at etablere fælles akutmodtagelser, akutklinikker og etablering af en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, der fungerer døgnet rundt, året rundt.

Fælles akutmodtagelser

Med akutplanen er det besluttet at etablere fælles akutmodtagelser (FAME) på følgende hospitaler:

- Det Nye Universitetshospital, Århus (også traumecenter)
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Viborg
- Det nye hospital i Vest

Etableringen af fælles akutmodtagelser indebærer, at den akutte patient i fremtiden vil blive mødt af et tværfagligt team, der hurtigt kan diagnosticere patienten og igangsætte den korrekte behandling. Dette er udtryk for en generel opprioritering af den akutte patient.

De fælles akutmodtagelser er omdrejningspunktet for hele den akutte indsats i regionen.

Indtil det nye hospital i Vest er etableret bygget, er det vigtigt, at Hospitalsenheden Vest fungerer som ét samlet hospital.

Akutklinikker

Akutklinikker varetager behandling af mindre skader, eksempelvis færdigbehandling af ukomplicerede brud, behandling af lette ankel- og knæledsforstuvninger samt behandling af større sår, der kræver lokalbedøvelse.

I akutplanen blev det besluttet at etablere akutklinikker på:

- Regionshospitalet Ringkøbing
- Regionshospitalet Skive
- Regionshospitalet Grenaa
- Regionshospitalet Silkeborg

Visitation til akut behandling

Almen praksis skal fortsat udrede og behandle almene akutte sygdomme og skader. Adgangen til den specialiserede akutte behandling, der ikke visiteres via 1-1-2, skal fortsat visiteres via egen læge.

Dette suppleres med en telefonvisitation til akutmodtagelser og akutklinikker, der fungerer døgnet rundt, året rundt.

Udkast

7.3 Præhospital beredskab

Den præhospitale indsats handler om alt det, der sker, *før* patienten kommer frem til hospitalet. Indsatsen rettes mod akut syge, tilskadekomne og fødende, og den har til formål at redde liv og give patienterne de bedst mulige vilkår for at komme sig oven på skade eller sygdom. Rammen om denne indsats er Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan, som regionsrådet vedtog i juni 2008.

Indsatser på det præhospitale område:

Sundhedsfaglig kontakt: Når en borger ringer til 1-1-2 alarmcentralen, har alarmoperatørerne i dag mulighed for selv at kontakte sundhedsfagligt personale. Fremover vil alarmoperatørerne også få mulighed for at sætte anmelderen i direkte kontakt med sundhedsfagligt personale.

Graduering af kørsler: Region Midtjylland vil opdele ambulancerne i akutambulancer og sygetransportbiler for at udnytte ressourcerne bedre. Desuden vil Region Midtjylland indføre såkaldt "gradueret respons" dvs., at disponeringen af ambulancer gradueres i forskellige typer af kørsler.

Sundhedsfaglig vagtcentral: Vagtcentralen vil i fremtiden blandt andre blive betjent af sundhedsfagligt personale, der instrueres og superviseres af læge. Det giver mulighed for bedre disponering af kørslerne samt mulighed for, at borgeren kan få sundhedsfaglig rådgivning i alarmeringsfasen.

Samlet AMK: Som en del af Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplanen vil Region Midtjylland samle ambulancetjenestens vagtcentral og den akutte medicinske koordinationscentral (se afsnit 7.4) samt visitationen til akut behandling i et samarbejde med lægevagten.

Akutbiler: På skadestedet kan ambulancen suppleres af en akutbil med sundhedsfagligt personale. I Region Midtjylland skal der være mulighed for at udsende akutbil og blive mødt af akutlæge i hele regionen. Dette er den langsigtede løsning. Allerede i dag er der lægebiler, der kører rendez vous – det vil sige kører en ambulance i møde på landevejen.

Som et led i omlægningen af den akutte struktur i Region Midtjylland, har regionsrådet besluttet at opprioritere det præhospitale beredskab, der således vil omfatte akutbiler i 12 byer.

Akutbiler i Region Midtjylland skal så vidt muligt være døgndækkende og vil være bemandet med sundhedsfagligt personale.

Udkast

Telemedicin: Telemedicin giver mulighed for at igangsætte behandling i ambulancen i samarbejde med det modtagende hospital. Region Midtjylland vil styrke udviklingen og brugen af telemedicinske løsninger, herunder den elektroniske ambulancejournal.

Ambulancetjeneste i udbud
Region Midtjylland har i efteråret 2008 haft ambulancetjenesten i EU-udbud, og regionsrådet har valgt hvilke firmaer, der i fremtiden skal varetage ambulancekørslen i Region Midtjylland. Målet med udbuddet har været at sikre høj kvalitet og effektiv udnyttelse af ressourcerne samt at sikre sammenhæng og koordination i ambulancetjenesten.

Udbuddet er gennemført efter krav fra Konkurrencestyrelsen og omfatter dels et udbud af ambulancekørslen og dels et udbud af den liggende patientkørsel. På nuværende tidspunkt er det aftalt, at de nye aftaler træder i kraft den 1. december 2009.

I forbindelse med udbuddet af ambulancetjenesten hjemtager Region Midtjylland driften af vagtcentralen.

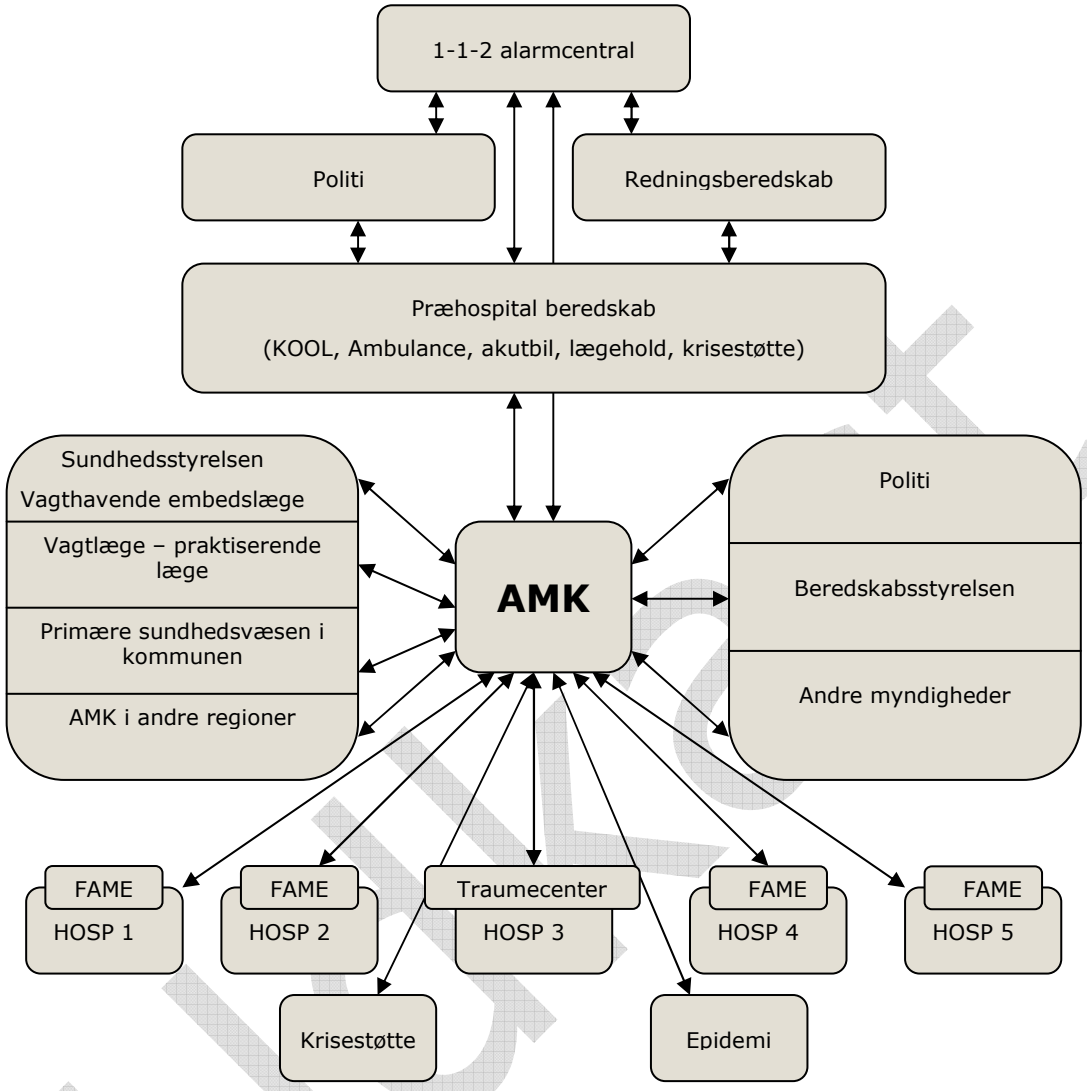
7.4 Sundhedsberedskab
Sundhedsberedskab handler om regionens beredskab ved større ulykker og katastrofer. Region Midtjylland vil sikre velfungerende sundhedsfaglig ledelse og koordination, således at behandlingsressourcerne udnyttes optimalt.

Det sker gennem oprettelse af en fælles operativ enhed, der har til opgave at lede og koordinere det samlede sundhedsberedskab i regionen. Det vil sige én fælles enhed, der varetager den akutte medicinske koordinationsfunktion (AMK-funktionen) .[8]

[8] Betegnelsen AMK dækker både funktionen og det sted, hvor virksomheden sker.

Udkast

Figur 6 Akut medicinsk koordinationsfunktion



AMK er bindeled mellem indsatsen på skadestedet og indsatsen på hospitalerne. AMK er også bindeled til alle andre myndigheder og er indgangen til sundhedsvæsenet for alle andre myndigheder i en beredskabssituation.

Styrket beredskab på hospitalerne

Hospitalernes beredskabsplaner sikrer, at hospitalerne kan håndtere store ulykker eller hændelser med mange tilskadekomne eller syge. I Region Midtjylland følger hospitalernes beredskabsplanlægning et ensartet koncept, hvorved der altid kan tilvejebringes tilstrækkelige ressourcer både materielt og personelt.

Hospitalernes beredskabsplaner skal bl.a. tage højde for håndtering af syge og tilskadekomne i forbindelse med kemikalieuheld og biologiske hændelser med smittefare, f.eks. pandemier, epidemier eller andre infektioner.

Det kriseterapeutiske beredskab

Som en del af sundhedsberedskabet har Region Midtjylland et kriseterapeutisk beredskab. Formålet er at lindre de umiddelbare psykiske lidelser og så vidt muligt forebygge udvikling af efterfølgende traumatiske belastningsreaktioner og andre senfølger i form af psykisk sygdom. Beredskabet består primært af personale fra Region Midtjyllands behandlingspsykiatriske institutioner.

Udkast

8 Psykiatri

Dette afsnit i sundhedsplanen handler om behandling af patienter med psykisk sygdom i Region Midtjylland.

Region Midtjylland skal have en psykiatri i international klasse. Det kræver en effektiv og fagligt stærk organisation, som tager afsæt i den nyeste viden og forskning, og som udnytter de faglige og økonomiske stordriftsfordele, som regionsdannelsen giver anledning til.

Der fokuseres her på behandlingspsykiatrien, dvs. den hospitalsbaserede og ambulante psykiatri, og på samarbejde mellem region og kommuner i regi af sundhedsaftalerne.

8.1 Behandlingspsykiatrien

Behandlingspsykiatrien er den hospitalsbaserede psykiatri, der retter sig mod svært psykisk syge mennesker uanset alder og diagnose. Det er sygdommens sværhedsgrad, der afgør, om en patient skal have hjælp i behandlingspsykiatrien, hos den praktiserende læge eller i kommunen.

I behandlingspsykiatrien behandles mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: f.eks. skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og komplicerede demenslidelser.

Organisering af behandlingspsykiatrien

Den psykiatriske behandling skal finde sted i en effektiv og fagligt stærk organisation, som løbende anvender den nyeste forskning og viden.

For at sikre en både høj faglig kvalitet og økonomisk effektivitet tager den praktiske organisering afsæt i følgende principper:

- Specialisering
- Udvidelse af de ambulante tilbud med større tilgængelighed
- Tæt samspil mellem det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen
- Faglig og økonomisk bæredygtighed

Den hospitalsbaserede psykiatri omfatter både ambulant behandling og behandling ved indlæggelse. Hovedparten af behandlingen foregår i form af ambulant tilbud til patienterne. Tidligere var behandling knyttet til et hospitalsmiljø. I dag kan forebyggelse og behandling i vid udstrækning foregå i patienternes nærmiljø med gode resultater. Psykiatriens ydelser tilbydes således også i opfølgende og opsøgende regi.

Udkast

Behandlingspsykiatrien består af:

- **Børne- og ungdomspsykiatri**: Varetages af Børne- og ungdomspsykiatrisk Center. Centret er regionsdækkende og består af en børnepsykiatrisk afdeling og en ungdomspsykiatrisk afdeling. Center for Spiseforstyrrelse indgår i den ungdomspsykiatriske afdeling.
- **(Voksen)psykiatri**: Varetages af en række afdelinger med ambulante tilbud og mulighed for akut indlæggelse. Specialklinikker og specialafdelinger er kun placeret et eller få steder, hvorfor de arbejder på tværs af regionen.

Tabel 8: Nøgletal for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland i 2007[9]

Distrikt/BUC	Antal udskrivninger	Antal sengedage	Antal ambulante besøg	Gennemsnitlige helårsstillinger (2008)10
Børne & Ungdomspsykiatrisk Center	365	11.110	16.521	520
Voksenpsykiatrien	6.252	119.509	83.408	2.001
I alt	**6.617**	**130.619**	**99.929**	**2.521**

I 2009 og 2010 vil der ske en omorganisering af psykiatrien i Region Midtjylland. På lidt længere sigt vil der ske en samling af Psykiatriens behandlingsenheder i Herning og Holstebro i forbindelse med opførelsen af et nyt hospital i Vestjylland. Tilsvarende skal Århus Universitetshospital, Risskov og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov etableres i sammenhæng med det nye Universitetshospital i Skejby.

8.2 Initiativer i behandlingspsykiatrien

Inddragelse af bruger/patient og pårørende har erfaringsmæssigt en stor betydning for patienternes sygdomsforløb. Desuden styrker det kvaliteten i behandlingen og fremmer udviklingen af et mere brugerorienteret sundhedsvæsen på alle niveauer. Psykiatrien i Region Midtjylland understøtter samarbejdet mellem psykisk syge, deres pårørende og personalet på alle niveauer.

I begyndelsen af 2009 behandler regionsrådet en politik for samarbejdet med brugere/patienter og forældre/pårørende. Politikken er udarbejdet i samarbejde med repræsentanter fra Psykiatrien og repræsentanter fra de regionsdækkende bruger- og pårørendeforeninger.

[9] Kilde for oplysninger i tabellen er infoRM pr. 17. august 2008.
[10] Kilde: Budget 2008 og budgetoverslag 2009-2011.

regionmidtjylland midt

Psykiatriplan for Region Midtjylland blev vedtaget i 2008. Psykiatriplanen opstiller knapt 200 anbefalinger for omstilling og udvikling af Psykiatrien i Region Midtjylland. Psykiatriplanen indebærer, at psykiatrien i de kommende år vil styrke forebyggelse og sundhedsfremme, forskning og faglig evidens, specialisering af ydelserne og støtte til mestring af psykisk sygdom.

Udkast

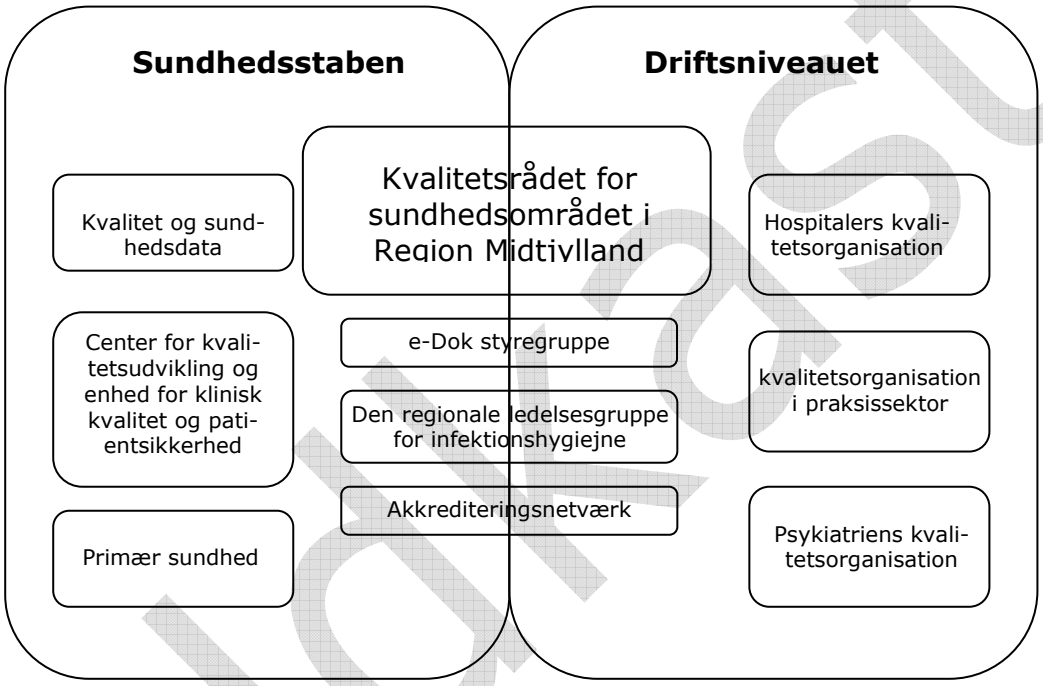
9 Kvalitet til patienterne

Patienterne i Region Midtjylland skal modtage sundhedsydelser af høj kvalitet.[11] Kvalitetsarbejdet skal sikre at:

- Patienterne opnår det bedst mulige resultat i forhold til deres sundhed.
- Patienterne oplever deres forløb som tilfredsstillende.
- Ressourcerne udnyttes effektivt.

Kvalitetsperspektivet en naturlig og fuldt integreret del af arbejdet på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

Figur 7 Organisation på kvalitetsområdet



Gennem dokumentation og offentliggørelse af relevante kvalitetsdata vil Region Midtjylland skabe et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. Det betyder at man kan lære af de bedste, understøtte inddragelsen af patienter og pårørende og kvalificere borgernes frie valg af hospital.

11 Ved sundhedsfaglige ydelser forstås forebyggelse, diagnostik, observation, behandling, pleje, rehabilitering og patientinformation og -kommunikation i relation hertil [Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Januar 2003].

Udkast

9.1 Organisering af kvalitetsarbejdet

Kvalitetsorganisationen er forankret der, hvor kvaliteten skabes – på hospitalerne, i psykiatrien og i praksissektoren. Det regionale Kvalitetsråd drøfter og tager stilling til mulige kvalitetstiltag, som iværksættes af hospitalsledelserne, psykiatriledelsen og praksissektoren. Derefter er det den lokale kvalitetsorganisation, der understøtter arbejdet med at indføre kvalitetstiltagene (se Figur 7).

Kvalitetsrådet for sundhedsområdet er det øverste rådgivende udvalg på kvalitetsområdet i Region Midtjylland. Rådet er sammensat af repræsentanter fra hospitalerne, psykiatrien og almen praksis, samt repræsentanter fra Sundhedsstaben. Der kan efter behov nedsættes arbejdsgrupper omkring udvalgte emner, f.eks. Den regionale ledelsesgruppe for infektionshygiejne, *e*-Dok Styregruppe og Akkrediteringsnetværket

9.2 Initiativer på kvalitetsområdet

Kvalitetsstrategi for sundhed i Region Midtjylland

Den faglige kvalitet, patienttilfredsheden og effektiviteten skal styrkes synligt, og samarbejde mellem sektorer og faggrupper skal sikre sammenhængende patientforløb for alle patienter. Det fremgår af kvalitetsstrategien for Region Midtjylland, der blev vedtaget i marts 2007.

Kvalitetsstrategien omfatter fire strategiske indsatsområder:

- *Akkreditering gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel*: Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløb gennem retningslinjer for mange af de indsatser, der foretages hver dag i sundhedsvæsenet.[12]
- *Sammenhængende patientforløb*: Et væsentligt element heri er Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), hvor den faglige og organisatoriske kvalitet i patientforløbet følges og måles. Region Midtjylland har desuden iværksat et initiativ til belysning af visitationsprocessen med henblik på forbedringer.
- *Fælles servicemål på sundhedsområdet*: Fælles servicemål for hospitalerne og lægevagten bidrager til, at patienterne oplever en ensartet og tilfredsstillende service, uanset hvor i Region Midtjylland de bor. Åbenhed om overholdelsen af ventetider og øvrige tidsfrister sikrer desuden, at borgerne har tillid til kvaliteten i regionens sundhedsvæsen.

[12] Se mere på www.ikas.dk

Udkast

- *Dokumentation og datakvalitet*: Behandling, pleje, diagnostik m.v. på hospitalerne vurderes løbende. Derved opnås de bedst mulige resultater for patienterne.

Strategi for patientsikkerhed

Patienterne i Region Midtjylland skal opleve enhver kontakt med hospitalsvæsenets ydelser som sikker. Det er visionen i *Strategi for patientsikkerhedsindsatsen*, der blev vedtaget af regionsrådet i marts 2007.

Dette opnås bl.a. gennem udvikling af den kliniske kultur, således at sikkerhed integreres i individuelle og fælles værdier, holdninger, observationer, kompetencer samt adfærd.

Region Midtjylland satser på fire særligt udvalgte strategiske indsatsområder, og der fokuseres på sammenfaldende mål for opnåelse af høj patientsikkerhed mellem sundhedsvæsenet og social- og psykiatriområdet i regionen:

- Sikre og tydeliggøre patientsikkerhedsindsatsen og vidensdeling
- Afdække patientsikkerhedskulturen
- Samarbejde med de psykiatriske hospitaler og med praksis og kommuner.
- Medinddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

Kontaktpersonordningen

Hospitalerne i Region Midtjylland arbejder med at implementere kontaktpersonordningen på alle regionens hospitaler, og der er sket store forbedringer. Ordningen indebærer, at alle patienter, der bliver indlagt på et hospital, eller ambulante patienter med mere end et ambulant besøg, skal tilbydes navngivne kontaktpersoner til deres behandling. Dermed ved man som patient eller pårørende altid, hvem man kan henvende sig til, hvis man har spørgsmål til behandlingen.

Udkast

10 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftaler er aftaler mellem region, kommuner og praktiserende læger omkring samarbejdet på sundhedsområdet. Der udarbejdes 19 sundhedsaftaler – en for hver kommune, og aftalerne indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

Organiseringen af det integrerede sundhedsvæsen er en central og nærværende opgave, som Region Midtjylland, kommunerne og praktiserende læger i regionen arbejder sammen om. Vigtigst er, at indsatsen overfor borgeren er sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakter og antallet af kontakter for den enkelte borger.

Sundhedsaftalerne sikrer den rette rollefordeling, og at arbejdsdelingen og overgangene mellem sektorerne er klare og velfungerende.

Sundhedsaftalerne er styret af to målsætninger:

- **Det gode samarbejde med brugerne:** Indsatsen i sundhedsvæsenet skal være brugerfokuseret. Dette indebærer, at samarbejdsparterne aktivt involverer borgeren i tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb og sætter borgeren i centrum.
- **Det gode samarbejde mellem hospital, praktiserende læger og kommunerne:** Det gode samarbejde bygger på gensidig respekt og tillid mellem parterne med henblik på at søge løsninger, hvor borgernes tarv er det fælles omdrejningspunkt. De enkelte parters kompetencer skal anvendes bedst muligt for at sikre optimale patientforløb.

10.1 Indhold i Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne omfatter fem obligatoriske delelementer:

Indlæggelse og udskrivning: Sundhedsaftalerne sigter på at optimere indlæggelse og udskrivning. Dette arbejde handler om: Undgåelse af uhensigtsmæssige indlæggelser; overbringelse af den nødvendige information parterne imellem; samt udvikling af elektronisk kommunikation.

Genoptræningsområdet: Region Midtjylland har sammen med kommunerne udarbejdet et snitfladekatalog, der beskriver hvilke genoptræningsopgaver, der bør varetages i hvilket regi. Udviklingen på genoptræningsområdet monitoreres på både regionalt og nationalt niveau.

Hjælpemiddelområdet: Sundhedsaftalerne beskriver arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Der er udarbejdet et hjælpemiddelkatalog, der afklarer en del af gråzoneproblematikkerne på området.

Udkast

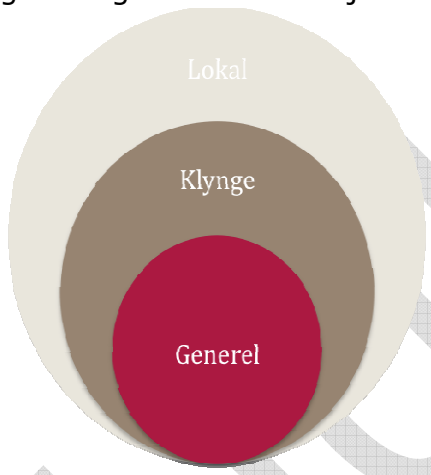
Sundhedsfremme og forebyggelse: Aftaleområdet beskriver de iværksatte initiativer og arbejdsdelingen mellem kommuner, læger og hospitaler (se også afsnit 11.3).

Indsatsen for mennesker med sindslidelser: Psykiatriområdet er kendetegnet ved, at der er mange samarbejdspartnere, der skal spille sammen. Aftalen beskriver hhv. regionens og kommunernes forpligtigelser, samt hvordan parterne sammen sikrer indsatsen overfor visse patientgrupper og børn af sindslidende.

10.2 Samarbejde om sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er bygget op i tre lag (Figur 8). Kernen i aftalerne er den generelle aftale, der indeholder procedurer og principper, der er ens for hele regionen.

På psykiatriområdet udgør den generelle aftale - med enkelte mindre afvigelser - grundlaget for samarbejdet mellem regionen og de enkelte kommuner.



Figur 8: Sundhedsaftaler

På det somatiske område udgør den generelle aftale basis for de aftaler, de enkelte hospitaler indgår med de omkringliggende kommuner ("klynger") om emner, der kan varetages lokalt. Det kan være samarbejder om særlige patientgrupper eller eksempelvis fælles hjælpemiddeldepoter.

Endelig indgår regionsrådet på basis af klyngeaftalen en lokal aftale med den enkelte kommunalbestyrelse. Disse aftaler indeholder øvrige konkrete tiltag og tilbud, som kommunen og regionen aftaler.

11 Sunde borgere i en sund region

Sundhedsvæsenet handler ikke kun om at behandle sygdom. Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland forebygger også sygdom og fremmer sundhed.

Region Midtjylland har to overordnede opgaver i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Den ene er ansvaret for etablering og drift af patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud på hospitaler og i almen praksis. Den anden er at tilbyde rådgivning til kommunerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Størstedelen af de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag ligger hos kommunerne.

11.1 Indsats for sundhedsfremme og forebyggelse i regionen

Patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse
Patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse er den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats. Denne indsats 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.

Den patientrettede forebyggelse finder sted som en del af patientens hospitalsbehandling.

Rådgivning af kommuner
Region Midtjylland varetager sin rådgivningsforpligtigelse ved specialiseret rådgivning, undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse samt ved at understøtte samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen generelt.

Andre tiltag
Praksisdiætistordningen tilbyder vejledning om kost og vægttab til patienter og borgere med risiko for udvikling af livsstilssygdomme og arbejder med metodeudvikling, kvalificering og evaluering.

Livsstilscafeerne, beliggende i Holstebro og Herning, tilbyder vejledning i ændring af sundhedsadfærd til patienter og borgere med risiko for at udvikle komplekse livsstilssygdomme, eller som har flere kroniske lidelser.

11.2 Forskning og udvikling i sundhedsfremme og forebyggelse
Region Midtjyllands *Center for Folkesundhed* varetager forsknings- og udviklingsmæssige opgaver inden for folkesundhed, herunder sundhedsfremme, fo-

Udkast

rebyggelse, rehabilitering, socialmedicin, medicinsk teknologivurdering, sundhedstjenesteforskning mv.

Sundhedsprofilen

Der er udarbejdet en sundhedsprofil af regionens borgere under navnet *Hvordan har du det? – sundhedsprofil for region og kommuner*. Sundhedsprofilen er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland. Undersøgelsen er første skridt i retning af en systematisk monitorering og beskrivelse af sundhedstilstanden i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen benyttes som grundlag for at sætte særligt fokus på specifikke problemstillinger og opstarte eller udvikle nye indsatser i forhold til disse. Regionen tilbyder kommunerne at udarbejde specifikke analyser af materialet til understøttelse af kommunernes indsats på sundhedsområdet.

Etniske minoriteters sundhed

I samarbejde med en række aktører på feltet, har Region Midtjylland udarbejdet en sundhedsprofil for etniske minoriteter for at skabe større viden om etniske minoriteters sundhed, sygdom og sundhedsadfærd. Derudover udarbejder Region Midtjylland undersøgelser af etniske minoriteters møde med sundhedsvæsnet. Dette skaber mulighed for mere kvalificeret tilrettelæggelse af tilbud.

Netværk omkring sundhedsfremme og forebyggelse

Region Midtjylland har nedsat en række netværk på tværs af regionen. Hensigten er, at sikre:

- Løbende sundhedsfaglige udvikling
- Forankring af indsats, erfarings- og informationsudveksling
- Vidensdeling

11.3 Samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse

En stor del af indsatsen for sundhedsfremme og forebyggelse ligger hos kommunerne, og derfor samarbejder Region Midtjylland med kommunerne på en lang række områder.

Sundhedsaftalerne (se også afsnit 10) udgør den overordnede ramme for samarbejdet mellem region og kommuner på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Der er udpeget tre særlige indsatsområder:

- **Risikofaktorer og folkesundhed**: Sikring af en sammenhængende indsats omkring forebyggelse ift. KRAM-faktorerne. I den første sundhedsaftale har en sammenhængende indsats mod rygning førsteprioritet.
- **Svangre, børn og unge**: Nedsættelse af en tværsektoriel temagruppe med henblik på udarbejdelse af en frivillig sundhedsaftale på svangre, børn og unge-området.
- **Social ulighed i sundhed**: Aftaler mellem hospitaler, almen praksis og kommuner om specifikke indsatser rettet mod en kompenserende indsats og differentierede tilbud til socialt udsatte og sårbare grupper.

Udkast

I forbindelse med revisionen af sundhedsaftalerne (oktober 2008) er der nedsat et *Tværsektorielt regionalt råd for sundhedsfremme og forebyggelse*. Rådets primære opgaver bliver at: Medvirke til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af tilbud på tværs af sektorer; afdække og beskrive udviklingsbehov på tværs af sektorer; og bidrage til kvalitetssikring af de tværsektorielle tilbud.

Ud over sundhedsaftalerne samarbejder Region Midtjylland og kommunerne om patientuddannelse til kronisk syge og uddannelse af rygestopinstruktører.

11.4 Jordemodervæsenet

Region Midtjylland arbejder på at harmonisere tilbuddet til gravide i hele regionen, så alle modtager et ensartet tilbud af høj kvalitet uanset geografisk placering. Desuden skal der etableres tilbud om fødsels- og familieforberedelse til alle gravide i samarbejde med sundhedsplejersker og tilbud om kendt jordemoderordning.

Indsatsen i jordemodervæsenet omfatter rådgivning om graviditet, fødsel og barsel.

- **Jordemoderkonsultationer**: Gravide i Region Midtjylland tilbydes jordemoderkonsultationer, der er en forebyggende og sundhedsfremmende aktivitet, hvor indsatsen sigter på at forberede kvinden på selve fødslen og familien på de ændringer i familielivet, som et barn medfører.
- **Fødsels- og familieforberedelse**: Formålet er at informere om fødslen, smertelindring, evt. komplikationer og andet af medicinsk/obstetrisk karakter. Der rådgives om amning og føres motiverende samtaler om livsstilsændringer: Kost, rygning, alkohol, motion, stress (KRAMS)
- **Fødselsbetjening**: Fødsler på hospital og i hjemmet forestås af en jordemoder med mulighed for lægelig bistand. Efter fødslen følger jordemoderen op med en række tiltag.

Kvalitetsudvikling

Region Midtjylland udarbejder en tværfaglig fødeplan med visitationsretningslinier og prioriterede indsatsområder, ligesom kvalitetsindikatorer for fødsler udarbejdes.

UDKAST

12 Indsats mod kronisk sygdom

Region Midtjylland vil forbedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser. Det sker gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. Samtidig er det målet i videst mulig omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår. Alt sammen ud fra et ønske om at forøge antallet af forventede gode leveår for borgerne i Region Midtjylland.

12.1 Initiativer mod kronisk sygdom

Målet for Region Midtjyllands indsats mod kronisk sygdom er at give borgere og patienter i regionen bedre sundhed og livskvalitet.

Vision og strategi for en bedre indsats mod kronisk sygdom

Region Midtjyllands planer for at opnå målene for indsatsen mod kronisk sygdom fremgår af *Kronisk sygdom – Vision og strategi for en bedre indsats,* som regionsrådet vedtog i november 2007.

Indsatsen bygger på den såkaldte "kronikermodel" (Chronic Care Model), hvor der fokuseres på egenomsorg og den enkeltes mestring af sygdommen. Det betyder, at borgeren med kronisk sygdom er aktiv og informeret og i stand til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og de forandringer i hverdagen, som følger af at leve med en kronisk sygdom.

Forløbsprogrammer for diabetes, KOL og hjertekarsygdom

Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme skal sikre, at de enkelte dele af sundhedsvæsenet gør det, de er bedst til. Programmerne beskriver arbejdsdelingen og den samlede indsats for en given kronisk sygdom. Målet er høj kvalitet i indsatsen og en hensigtsmæssig brug af ressourcerne.

Arbejdet med forløbsprogrammer for diabetes, KOL og hjertekarsygdom blev igangsat i slutningen af 2007 og de endelige programmer forventes godkendt i regionsrådet begyndelsen af 2009.

Forløbskoordinering i kommuner

I 2008 er der igangsat et projekt om udvikling af forløbskoordinerende funktioner i kommunalt regi. Projektet skal afdække, om tovholderfunktionen i almen praksis kan understøttes ved, at den praktiserende læge får mulighed for at henvise til en forløbskoordinator i kommunalt regi.

Patientuddannelse

Regionen og kommunerne skal tilbyde alle patienter med kronisk sygdom patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så god egenomsorg som mu-

Udkast

ligt. Specifik patientuddannelse vil som hovedregel foregå på hospitalerne, mens kommunerne vil tilbyde andre former for patientuddannelse.

Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler

Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler har dokumenteret effekt på befolkningens sundhedstilstand. Et kommende projekt skal blandt andet medvirke til at afklare arbejdsdeling mellem region og kommuner.

Selvmonitoreret og selvstyret behandling

Regionen vil udbrede, at borgeren selv kan monitorere (måle) og styre sin behandling og medicin. I første omgang drejer det sig om patienter, der er i blodfortyndende behandling (antikoagulationsbehandling).

Web-baserede patientnetværk

En række aktører på sundhedsområdet er gået sammen om at udvikle landsdækkende netværk for patienter på internetportalen sundhed.dk. Som en del af dette arbejde har Region Midtjylland sammen med Lungeforeningen oprettet et netværk, hvor KOL-patienter kan dele tanker, erfaringer og gode råd med hinanden – se www.snakomkol.dk

Opfølgende hjemmebesøg

I begyndelsen af 2008 er der igangsat et projekt om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser.

12.2 Organisering af indsatsen

Indsatsen for at forbedre sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske lidelser sker i tæt samarbejde mellem Region Midtjylland, kommuner og alment praktiserende læger.

Kommuner

Med Sundhedsloven har kommunerne fået en større rolle i forhold til såvel generel forebyggelse som forebyggelse og rehabilitering ved kronisk sygdom.

Region Midtjyllands vision og strategi for indsatsen mod kronisk sygdom involverer derfor direkte kommunerne, enten ved at etablere nye kommunale tilbud eller flytte funktioner, der nu hører under regionen – en proces der kræver dialog og samarbejde. Her anvendes sundhedsaftalerne (se afsnit 10) til at aftale nye snitflader og nye tilbud, f.eks. som følge af forløbsprogrammerne.

Alment Praktiserende læger

De alment praktiserende læger varetager hovedparten af kontakterne med kronisk syge. I Region Midtjyllands vision for en bedre indsats mod kronisk sygdom indgår det, at de praktiserende læger skal spille en mere aktiv forebyggende rolle i forhold til kronisk sygdom, bl.a. omkring kost, rygning, alkohol og motion (KRAM). Det gælder også, når de behandler borgere, som har udviklet kronisk sygdom.

Udkast

For at fremme den forebyggende indsats skal de praktiserende læger have let adgang til rådgivning fra hospitalslæger samt mulighed for at booke tider til undersøgelser på hospitalerne.

Hospitaler
Hospitalerne leverer den specialiserede indsats. Det vil sige, at hospitalerne kun skal behandle de patienter, der ikke kan behandles hos egen læge eller i kommunerne.

Hospitalsafdelingerne skal i fremtiden i højere grad understøtte et integreret sundhedsvæsen. Det kan f.eks. betyde, at afdelingens læger og sygeplejersker kommer til at fungere som konsulenter i forhold til alment praktiserende læger og sundhedscentrenes tilbud til kronisk syge.

Udkast

13 I den sidste tid

Dette afsnit af sundhedsplanen vedrører Region Midtjyllands indsats for svært syge og døende patienter. Indsatsen omfatter bl.a. palliative teams og tilbud om hospice.

13.1 Palliativ indsats

Med palliativ indsats forstås lindrende behandling af svært syge og døende patienter, hvor helbredelse ikke er mulig. I de senere år er der kommet langt mere fokus på behandling og pleje af denne patientgruppe – et område der tidligere er blevet underprioriteret i det danske sundhedsvæsen.

Samtidig er der sket en stor udvikling inden for de medicinske behandlingsmuligheder med henblik på symptomlindring, ligesom der er udviklet bedre psykologiske og sociale indsatser.

Organisering af den palliative indsats

Den palliative indsats varetages af både kommuner, praksis og hospitalssektoren. Regionen har ansvaret for den højt specialiserede indsats.

Den regionale palliative indsats består dels af de palliative teams ved hospitalerne og dels de fire hospicer beliggende i Region Midtjylland. Ud over de palliative teams og hospicetilbuddene er der stort fokus på palliation på de almindelige hospitalsafdelinger samt de særlige palliative sengepladser på hospitalerne.

Regionens palliative indsats er dels et tilbud til den enkelte patient, hvor der kan tilbydes hjælp af både fysisk, psykisk og åndelig karakter. Dels er det et tilbud om undervisning til og supervision af sektorens indsats på området. Den palliative patient er således ofte en fælles patient mellem hospital/palliativt team, praktiserende læge og den kommunale hjemmepleje.

Palliative teams

Sundhedsstyrelsen har defineret et palliativt team som et team af eksperter sammensat af følgende faggrupper: Læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, præster og socialrådgivere.[13]

Opgaven for de palliative teams er:

- at varetage koordineringen af den palliative indsats mellem de forskellige instanser

[13] Sundhedsstyrelsen: "Faglige retningslinjer for den palliative indsats", 1999

- at rådgive såvel kommuner som hospitaler om behandlingen af almene palliative patienter
- i samarbejde med kommuner og hospitaler at tage sig af behandlingen af patienter med komplicerede palliative problemstillinger og forløb
- at undervise og videreformidle viden om palliativ indsats
- at medvirke til udviklingen af den fremtidige palliative indsats, bl.a. gennem en forskningsindsats

Der er i dag palliative teams ved Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Randers, Regionshospitalet Viborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. I forhold til personalesammensætning er ikke alle teams fuldt udbygget i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Planer for fremtiden

I september 2007 vedtog regionsrådet *Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland*, der indebærer en styrkelse af den palliative indsats i regionen. Dette sker i forhold til antallet og sammensætningen af de palliative teams i regionen, samt i forhold til udviklingen af en regionalt dækkende udviklings- og kompetenceenhed på det palliative område.

Antallet af palliative teams udvides, idet der oprettes et sjette palliativt team ved Regionshospitalet Horsens. Palliative patienter i den sydøstlige del af regionen betjenes i dag af det palliative team ved Vejle Sygehus.

Planen indebærer ligeledes en udbygning af de eksisterende teams, således at de opnår den tværfaglige sammensætning, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, samt at bemandingen af de palliative teams tilpasses befolkningsunderlaget for de enkelte teams.

Endelig indebærer *Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland*, at der etableres en regionsdækkende udviklings- og kompetenceenhed på det palliative område. Enheden skal opsamle viden og erfaring samt udvikle og gennemføre en uddannelsesplan inden for det palliative område. Enheden oprettes med henblik på at bidrage til ensartet høj kvalitet i den palliative indsats i hele regionen.

Ved det palliative team ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus er der allerede etableret en sådan enhed. Denne enhed udbygges, så den omfatter hele regionen.

13.2 Hospice

Et hospiceophold er et tilbud til patienter med uhelbredelig sygdom, hvor helbredende behandling er opgivet til fordel for en aktiv lindrende indsats.

Udkast

Som en del af den specialiserede palliative indsats har Region Midtjylland indgået aftaler om drift af fire hospicer i regionen: Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord, Hospice Djursland og Hospice Søholm.

Hospice Søholm drives i samarbejde med Århus Kommune. På baggrund af drøftelser mellem Region Midtjylland og Århus Kommune er Hospice Søholm fra januar 2009 omdannet til en selvejende institution, der drives efter aftale med Region Midtjylland.

Tabel 9: Oversigt over hospicerne i Region Midtjylland

Hospice	Antal pladser
Hospice Søholm	9 (+2 kommunale rekreationspladser)
Anker Fjord Hospice	12
Hospice Limfjord	12
Hospice Djursland	15
I alt	*48 (+2)*

Planer for fremtiden

Som et led i *Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland* besluttede regionsrådet at afvente udviklingen på de fire hospicer i regionen, inden der tages stilling til et evt. behov for yderligere udbygning af hospicekapaciteten.

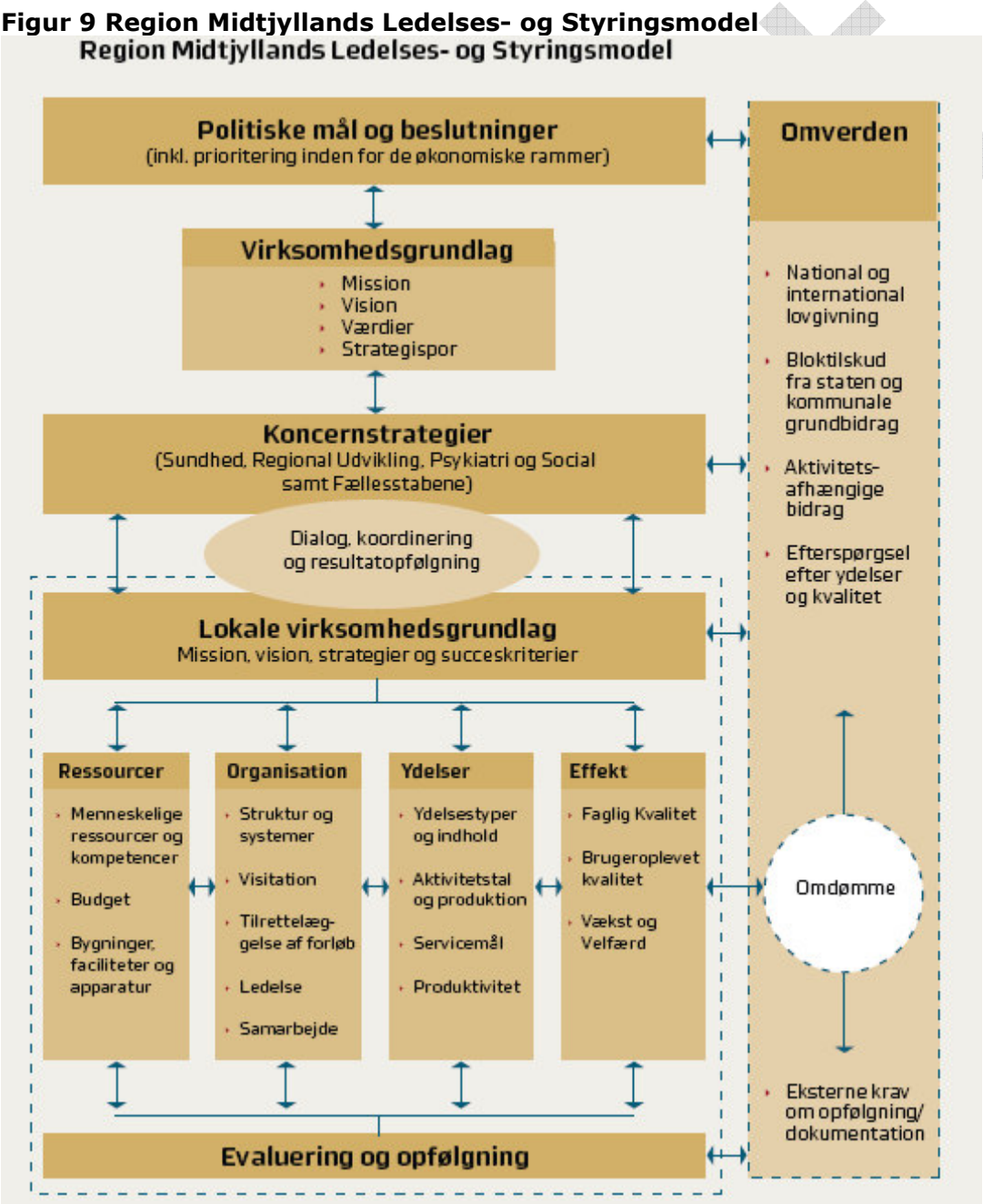
Udkast

14 Ledelses- og styringsgrundlag

Ledelses- og styringsgrundlaget for Region Midtjylland blev vedtaget i regionsrådet den 14. november 2007. Dokumentet indeholder de overordnede principper for styring og ledelse i Region Midtjylland, herunder regionens mission, visioner, værdier.

Principperne i ledelses- og styringsgrundlaget er illustreret i ledelses- og styringsmodellen (Figur 9).

Figur 9 Region Midtjyllands Ledelses- og Styringsmodel



Modellen viser sammenhængen mellem det politiske niveau, virksomhedsgrundlaget (mission, vision, værdier og strategispor) og de lokale aktiviteter i Region Midtjylland. En sammenhæng der er baseret på dialog.

Mission for Region Midtjylland: Region Midtjylland vil bidrage til velfærd ved at fremme borgernes mulighed for sundhed, trivsel og velstand.

Vision for Region Midtjylland: Region Midtjylland vil:

- skabe et sundhedsvæsen på højt internationalt niveau til gavn for alle
- levere sociale ydelser på højt internationalt niveau til gavn for alle
- forøge viden og udvikling i erhvervslivet, i den offentlige sektor og i offentligheden samt skabe vilkår for vækst i borgernes indkomst.

Værdigrundlag for Region Midtjylland:

- Dialog
- Dygtighed
- Dristighed

Ledelses- og styringsmodellen udgør en fælles begrebsmæssig ramme om regionens arbejde. For eksempel kan er målet for hospitalsplanen at forbedre den faglige kvalitet, dvs. forbedre *effekten*, af behandlingen på hospitalerne. Det afspejler Region Midtjyllands vision om et sundhedsvæsen på højt internationalt niveau, og det påvirker bl.a. den måde, hvorpå sundhedsvæsenet er *organiseret*.

På samme måde har f.eks. sundhedsaftalerne og Vision og strategi for en bedre indsats mod kronisk sygdom fokus på *organisationen* bag de ydelser, der leveres i såvel praksis, i kommuner og på hospitalerne. Parterne aftaler hvorledes den enkelte borger sikres det bedst mulige og mest sammenhængende forløb. Målet er, at sammenspillet mellem parterne giver en bedre faglig kvalitet i behandlingen, dvs. *effekt*.

Endelig påvirker og påvirkes Region Midtjylland af sin *omverden*. Dette sker f.eks. i forhold til dokumentation af den faglige kvalitet i behandlingen, dvs. *effekten*. Her stiller omverdenen en række krav, der indvirker på både *ressourcer*, *organisation* og *ydelser*.

14.1 Øvrige strategier for sundhedsområdet

Servicestrategien
Regionsrådet vedtog den 21. maj 2008 en servicestrategi for Region Midtjylland. Servicestrategien viser indsatsområder inden for kvalitets- og effektivitetsudvikling, som regionen vil have fokus på i de kommende år samt initiativer, der vil tages i brug i dette arbejde.

Med servicestrategien giver regionsrådet et overblik over, hvad der fra regionens side gøres for at forbedre ydelserne til borgeren og gøre det synligt, hvad borgerne kan forvente sig af regionens serviceydelser.

Udkast

15 Oversigt over større planer og strategier på sundhedsområdet

Navn	Emne	Dato for vedtagelse
Sundhedsaftaler	Arbejdsdelingen mellem region, kommuner og praktiserende læger	Aftalerne fornyes årligt
Stråleplan for Region Midtjylland	Kapacitet til strålebehandling	8. februar 2006
Interimsundhedsplanen	'Planlægningsmæssig bro' mellem amter og region	15. november 2006
Realisering af stråleplan for Region Midtjylland	Kapacitet til strålebehandling	7. februar 2007
Kvalitetsstrategi for Region Midtjylland	Faglig kvalitet, patienttilfredshed og effektivitet i hospitalsvæsenet	28. marts 2007
Strategi for patientsikkerhed	Sikkerhed i hospitalsvæsenets ydelser	22. august 2007
Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland	Indsatsen for svært syge og døende patienter	26. september 2007
Akutplan for Region Midtjylland	Det akutte beredskab i regionen, herunder fælles akutmodtagelser, akutklinikker, visitation og akutbiler	24. oktober 2007
Kronisk sygdom - Vision og strategi for en bedre indsats	Indsatsen mod kronisk sygdom	14. november 2007
Delplan for rekruttering og fastholdelse i praksissektoren	Beskriver udvikling i lægedækningen og indsatser på området	20. februar 2008
Psykiatriplan for Region Midtjylland	Varetagelse af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri	16. april 2008
Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan	Ambulancer, akutbiler og sundhedsberedskab mv.	18. juni 2008
Opførelse af nyt hospital i Vestjylland	Placering af nyt hospital i den vestlige del af regionen (Gødstrup)	18. juni 2008
Investeringsplan	Prioritering af anlægsmidler	20. august 2008
Hospitalsplan for Region Midtjylland	Fordeling af specialer og funktioner mellem hospita-	22. oktober 2008

Udkast

	lerne i regionen	
Praksisplaner	Samarbejdet mellem regionen og praksissektoren	Afsluttes primo 2009

Alle planer findes på www.rm.dk

15.1 Øvrigt baggrundsmateriale for sundhedsplanen

Rapport fra studierejse til Skotland den 9.-12. september 2008
I september besøget Sundhedsplanudvalget sammen med Sundhedskoordinationsudvalget Edinburgh i Skotland. På rejsen fik de to udvalg indblik i det skotske sundhedsvæsen og så hvordan skotternes håndterer nogle af de samme udfordringer, som Region Midtjylland står overfor.

Sundhedsplankonference den 29. september 2008
Den 29. september 2008 afholdt Sundhedsplanudvalget en sundhedsplankonference med deltagere fra både region, kommuner, almen praksis og Sundhedsbrugerrådet. På konferencen kom oplægsholdere og deltagere med deres bud på de vigtigste indsatsområder for Region Midtjylland på sundhedsområdet.

Borgertopmøde den 1. november 2008
Lørdag den 1. november afholdt Region Midtjylland i samarbejde med Danske Regioner et storstilet borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen. De deltagende borgere var tilfældigt udvalgte og personligt inviterede, og der var overvældende stor interesse for arrangementet.

På dagen havde borgerne til opgave at debattere centrale problemstillinger for det danske sundhedsvæsen med hinanden, mens regionsrådets politikere skulle fungere som neutrale bordformænd og ordstyrere. Den anderledes mødeform var en stor succes og en positiv oplevelse for både borgere og politikere.

Borgertopmødet blev afholdt i Silkeborg samtidig med at lignende arrangementer blev hold på samme tid og efter samme opskrift i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Resultaterne fra borgertopmøderne er samlet et katalog, der kan hentes på Region Midtjyllands hjemmeside.

Temakatalog
Parallelt med arrangementerne, der er beskrevet ovenfor, har Sundhedsplanudvalget igennem 2008 samlet ideer og forslag til pejlemærker fra alle dele af sundhedsvæsenet. Ideerne blev samlet i et katalog, der har udgjort en væ-

Udkast

sentlig del af baggrundsmaterialet for Sundhedsplanudvalgets arbejde med pejlemærker til sundhedsplanen.

Læs mere på www.sundhedsplan.rm.dk

Øvrigt materiale:

- "Aftale om akut handling og klar besked", indgået den 12. oktober 2007 mellem regeringen og Danske Regioner
- Budget for 2008 for Region Midtjylland
- Data fra InfoRM (Region Midtjyllands ledelses- og informationssystem)
- "Faglige retningslinjer for den palliative indsats", Sundhedsstyrelsen (1999)
- "Hvordan har du det?", Sundhedsprofil for region og kommuner i Region Midtjylland (november 2006).
- Region Midtjyllands ledelses- og styringsgrundlag (november 2007)
- Region Midtjyllands organisationsplan (december 2006 og december 2008)
- Sundhedsstyrelsens notat vedr. Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning (november 2008)
- "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner", Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (Januar 2003)
- www.ikas.dk

Udkast

16 Oversigt over fora på sundhedsområdet

Der eksisterer en lang række fora på sundhedsområdet i Region Midtjylland. Nedenfor er centrale fora beskrevet i alfabetisk rækkefølge.

Baggrundsgruppen: Se Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

Den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen: Gruppen består af repræsentanter fra alle kommuner og regionen på administrativt niveau, dvs. social- og psykiatridirektører/-chefer fra kommunerne, repræsentanter for regionens stab samt en repræsentant fra regionens direktion. Gruppen koordinerer udarbejdelsen af sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne samt har fokus på den overordnede samordning af den regionale og kommunale psykiatriindsats.

Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg for almen praksis: Består af repræsentanter fra Region Midtjylland og Praksisudvalget i Region Midtjylland. Udvalget fastlægger en samlet strategi for arbejdet med kvalitet i almen praksis. Udvalget råder over en overenskomstfastsat fond som udmøntes til initiativer fastlagt af udvalget eller efter ansøgning, bl.a. forskning og forsøgsordninger.

Klinikforum: Består af cheflæger og en chefsygeplejerske fra regionens hospitaler samt embedsmænd fra administrationen. Klinikforum koordinerer på tværs af hospitalerne og rådgiver administrationen om planlægnings- og strukturspørgsmål.

Klynger: Region Midtjylland er inddelt i "klynger" af kommuner, der er knyttet op på de enkelte hospitaler, som borgerne primært anvender. I alt er der seks klynger i Region Midtjylland, hvor Favrskov og Ikast-Brande kommuner – på grund af deres geografi – begge er knyttet til to klynger. De enkelte klynger har en styregruppe, bestående af ledelsesrepræsentanter fra kontakthospitalet og fra kommunerne. Desuden deltager ledelsesrepræsentanter fra Region Midtjylland og en til to praktiserende læge(r).

Kontaktudvalget for Århus Universitetshospital: Ledelsessystem for Århus Universitetshospital. Udvalget består af regionssundhedsdirektørerne for Region Midtjylland og Region Nordjylland, dekan og prodekan for Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet, institutlederen for Klinisk Institut samt studielederen og fire ledelsesrepræsentanter for sygehusene under universitetshospitalet.

Kvalitetsorganisation for praksissektoren: Organisationen er bygget op af tre lokale kvalitetsteams fordelt i Region Midtjyllands geografi. I disse findes forskellige konsulenttyper som praksiskoordinatorer for hospitalerne, praksisudviklingskonsulenter, efteruddannelsesvejledere, repræsentanter fra Dansk

Udkast

Selskab for Almen Medicin, regionale lægemiddelkonsulenter, regionale IT-konsulenter og lederne af Primær Sundheds praksisenheder. De lokale kvalitetsteam arbejder med et bredt fokus på kvalitetsudvikling og organisationsudvikling i almen praksis. Dette foregår ved møder og kurser både i enkeltpraksis, grupper af praksis og efteruddannelsesgrupper.

Kvalitetsrådet: Kvalitetsrådet er det samlende forum for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet i Region Midtjylland, hvor tværgående problemstillinger og strategier drøftes. Kvalitetsrådet er dermed også det øverste rådgivende udvalg på kvalitetsområdet i Region Midtjylland. Rådet er sammensat af repræsentanter fra hospitalerne, psykiatrien og almen praksis, samt repræsentanter fra Sundhedsstaben.

Kvalitetsudvalg på fysioterapiområdet: Består af repræsentanter for Region Midtjylland og fysioterapeuterne i Region Midtjylland. Udvalget uddeler midler fra en fond under Danske Regioner til projekter om udvikling af fysioterapiområdet. Yderligere iværksætter udvalget initiativer omkring bl.a. sammenhængende patientforløb og faglig udvikling.

Lægeforeningen Midtjylland: Lægeforeningen Midtjylland er en sammenslutning af lægefaglige organisationer i Region Midtjylland. Foreningen følger udviklingen inden for social- og sundhedsvæsenet samt samfundsudviklingen som helhed og koordinerer aktiviteter mellem medlemsorganisationerne.

Midlertidige politiske udvalg: Regionsrådet nedsætter løbende midlertidige politiske udvalg. Udvalgene fungerer i en begrænset periode og får stillet en konkret opgave. Eksempler på midlertidige politiske udvalg i 2008 er Sundhedsplanudvalget, Sundhedsberedskabs- og præhospitalsudvalget og det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed.

Psykiatridirektørforum: Mødeforum for psykiatridirektørerme i de fem regioner. Her sker intern koordinering og afklaring af tværgående spørgsmål.

Regionssundhedsdirektørforum: Mødeforum for sundhedsdirektørerne i de fem regioner. Her sker intern koordinering og afklaring af tværgående spørgsmål.

Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning: I regi af Sundhedsstyrelsen foregår der en national specialplanlægningsproces. Dette arbejde er organiseret omkring det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning (og den Regionale Baggrundsgruppe), hvor bl.a. ledende embedsmænd fra alle regioner er repræsenteret.

Samarbejdsudvalg: Samarbejdet mellem regionen og de forskellige behandlergrupper i praksissektoren er, på baggrund af landsoverenskomster, organiseret i en række samarbejdsudvalg. Disse findes for speciallæger, almen læger, fysioterapi, psykologer, kiropraktorer og tandlæger. I samarbejdsudvalge-

ne sidder repræsentanter for behandlerne og for regionsrådet i Region Midtjylland

Specialeråd: Som led i planlægningen på sundhedsområdet er nedsat specialeråd for langt de fleste af de lægefaglige specialer. Specialerådene yder faglig rådgivning og har bl.a. udarbejdet specialeudredninger til brug i den regionale specialeplanlægning. Udredningerne kan findes på Region Midtjyllands hjemmeside.

Strategisk Sundhedsledelsesforum: Består af hospitalsledelserne fra regionens syv hospitalsenheder samt sundhedsstabens ledelse, dvs. direktør, vicedirektør og afdelingschefer. Formålet med dette mødeforum er at drøfte overordnede problemstillinger af strategisk karakter.

Strategiudvalget for Region Midtjyllands sundhedsvidenskabelige forskningsfond: Består af repræsentanter for Universitetshospitalet, Regionshospitalerne og Aarhus Universitet. Strategiudvalget udformer strategier for anvendelsen af forskningsfondens midler og foretager en overordnet fordeling af forskningsfondens budget.

Sundhedsbrugerrådet i Region Midtjylland: Består af repræsentanter fra forskellige foreninger, der i rådet repræsenterer alle brugere i regionen. Medlemmerne er udpeget for regionsrådets valgperiode.

Sundhedskoordinationsudvalget: Lovbestemt udvalg med repræsentanter fra region, kommuner og praksissektoren. Udvalget har til opgave at understøtte sammenhængende forløb, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen på sundhedsområdet. Udvalget giver retning og skaber forandring og udvikling på samarbejdsområdet. Udvalget har det politiske ansvar for at udarbejde en generel sundhedsaftale, der kan være grundlag for aftaler mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.

Sundhedsstyregruppen: Gruppen består af repræsentanter fra alle kommuner og regionen på administrativt niveau, dvs. social- og sundhedsdirektører/-chefer fra kommunerne, repræsentanter fra hospitalsledelserne, ledelsesrepræsentanter fra regionens stab. Gruppen har til opgave at forberede sager til sundhedskoordinationsudvalget. Herudover bliver det løbende samarbejde og de overordnede problematikker i sundhedsaftalerne mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger drøftet med henblik på at sikre koordination mellem sektorerne.

Tværsektorielt regionalt råd for sundhedsfremme og forebyggelse: Repræsentanter fra praksis, kommuner og hospitaler. Rådets primære opgaver er at medvirke til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af tilbud på tværs af sektorer at afdække og beskrive udviklingsbehov på tværs af sektorer at bidrage til kvalitetssikring af de tværsektorielle tilbud.

Udkast

17 Ordforklaringer

Akkreditering: Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre deres opgaver.[14]

Akutbil: En akutbil er tilknyttet en akutmodtagelse eller en akutklinik. Akutbilen er et supplement til ambulancerne. Den er udstyret med livreddende udstyr og bemandet med sundhedsfagligt personale.

Akutklinik: en akutklinik behandler mindre skader, f.eks. færdigbehandling af ukomplicerede brud, mindre røntgenoptagelser og større sår, der kræver lokalbedøvelse.

Ambulante undersøgelser:

Borgertopmøde: Mødeform som Sundhedsplanudvalget i samarbejde med Danske Regioner afprøvede for første gang i regionen den 1. november 2008. Her brugte godt 200 tilfældigt udvalgte og personligt inviterede borgere en hel lørdag på at debattere fremtidens sundhedsvæsen med hinanden. Regionsrådets medlemmer deltog som neutrale bordformænd, der primært havde til opgave at være ordstyrere. På dagen formulerede deltagerne de væsentligste udfordringer for regionens sundhedsvæsen samt stemte om forskellige emner. Se mere på www.sundhedsplan.rm.dk

Center of Excellence: Regionshospitalet Silkeborg skal være et Center of Excellence på det medicinske område, som i forbindelse med modtagelse af akutte medicinske patienter skal udvikle metoder til omstilling af stationær medicinsk aktivitet til ambulant medicinsk aktivitet og omstilling fra akutte medicinske indlæggelser til elektive og subakutte medicinske indlæggelser/behandling. Målet er at udvikle metoder, der på sigt kan udbredes til hele regionen. Læs mere i Region Midtjyllands hospitalsplan.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM): Et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløb gennem retningslinjer for mange af de ting, der foregår hver dag i sundhedsvæsenet.[15] Retningslinjerne kan enten handle om patientforløb (f.eks. hvordan der bedst henvises til og informeres om en undersøgelse), organisering (f.eks. hvordan patienter mest sikkert overføres til et andet hospital) og endelig om selve behandlingen af udvalgte sygdomme.

[14] Definition er hentet på www.ikas.dk

[15] Se mere på www.ikas.dk

Direktionen: Direktionen er Region Midtjyllands øverste administrative ledelse. Den består af regionsdirektøren samt direktørerne for de tre områder sundhed, psykiatri og social samt regional udvikling.

Elektiv: Planlagt. Begrebet bruges om planlagt behandling i modsætning til akut behandling.

EPJ/elektronisk patientjournal: Klinisk informationssystem, der direkte understøtter en daglig procesorienteret undersøgelse, behandling og pleje af den enkelte patient. En elektronisk patientjournal rummer altså informationer om den enkelte patient. På den vis adskiller den sig ikke fra en traditionel papirjournal.

Evidens: Evidens kan forstås som 'den aktuelt bedste viden' om et givent forhold. Evidens betyder bevis, og kan ses som kendsgerninger, der bruges til at træffe beslutninger eller planlægge ud fra.

Forløbsprogram: Et forløbsprogram beskriver den samlede, tværfaglige og tværsektorielle indsats for borgere med en given sygdom.

Flowstue: En ortopædkirurgisk operationsstue med et særligt luftudskiftningssystem, som giver overtryk på stuen. Det forhindrer luft fra omgivelserne udenfor operationsstuen i at trænge ind på stuen.

Funktionsniveauer: Sundhedsstyrelsen inddeler funktionerne på hospitalsområdet i tre niveauer; højtspecialiseret, regions- og hovedfunktionsniveau. Niveauerne henviser til funktionernes kompleksitet.

Fælles akutmodtagelse (FAME): En fælles akutmodtagelse er en "fælles faglig" akutmodtagelse, hvor flere specialer er repræsenteret. Dette med henblik på hurtig diagnosticering og behandling af den akutte patient.

Færdigbehandlet patient: en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke længere er en forudsætning for den videre behandling.

Genoptræning: Der er to typer genoptræning. Specialiseret genoptræning foregår på et hospital, og tilbydes når der er brug for tværfaglig indsats på speciallæge niveau, eller når patientsikkerheden tilsiger det. Almen genoptræning foregår i kommunen efter udskrivning fra hospitalet.

Hospice: Et sted hvor uhelbredeligt syge og døende mennesker kan få lindrende pleje og behandling.

Udkast

Hospitalsenhed: Hospitalerne er organiseret i syv hospitalsenheder bestående af hospitaler på matrikler. Hver enhed har fælles ledelse.

Hospitalsledelse: Består af hospitalsdirektør, cheflæge og chefsygeplejerske. Der findes en hospitalsledelse for hver hospitalsenhed, og den har reference til direktionen.

InfoRM: Region Midtjyllands ledelses- og informationssystem. Systemet trækker data fra såvel nationale databaser som hospitalernes systemer. Dette betyder, at man kan sammenholde data fra vist forskellige kilder i et samlet system.

Klynger: På det somatiske område er Region Midtjylland inddelt i "klynger" af kommuner, der er knyttet op på de enkelte hospitaler, som borgerne primært benytter. I alt er der seks klynger i Region Midtjylland. Klyngerne er centrale brikker i arbejdet med sundhedsaftaler.

Kontaktperson: Kontaktpersonordningen indebærer, at alle patienter, der bliver indlagt på et hospital, eller som går i et længerevarende ambulant forløb, skal tilbydes navngivne kontaktpersoner til deres behandling. Dermed ved man som patient eller pårørende altid, hvem man kan henvende sig til, hvis man har spørgsmål til behandlingen.

KRAM-faktorer: Sammenskrivning af de fire centrale faktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden: Kost, Rygning, Alkohol og Motion

Medicinerrokaden: Aftale om budget 2009 indebærer en omlægning af det medicinske område, der omfatter regionshospitalerne i Skive, Viborg og Silkeborg.

Monitorering: Begrebet anvendes i kvalitetsarbejdet og handler om at følge og måle resultater af indsatser.

Nationalt Indikatorprojekt (NIP): NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. Såvel standarder som indikatorer er beregnet til både internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og ledelsesmæssige niveau samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter.

Pakkeforløb: Et pakkeforløb er et sammenhængende patientforløb for standardpatienten, hvor de enkelte trin i behandlingen er forud tilrettelagt. Formålet er optimal udredning og behandling og at forkorte ventetiden.

Palliation: Med palliation menes lindrende behandling af svært syge og døende patienter, hvor helbredelse ikke er mulig. Den palliative indsats varetages af

Udkast

både primær- og sekundærsektoren. Regionen har ansvaret for den højt specialiserede indsats.

Paramedicinere: Paramedicinere er særligt uddannede ambulancebehandlere, der kan varetage en række særlige opgaver, der ellers kræver lægelig eller sygeplejefaglig tilsyn.

Paraplegi: Dobbeltsidig lammelse, oftest i den nedre kropshalvdel el. i begge ben.

Patientuddannelse: Kursusforløb der gør den enkelte patient i stand til at leve med sin sygdom og udøve så god egenomsorg som muligt.

Praksiskonsulenter: En alment praktiserende læge, der har til opgave at fungere som bindeled mellem de praktiserende læger og de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet.

Praksissektor: Praksissektoren omfatter praktiserende sundhedspersoner, dvs. alment praktiserende læger og speciallæger, tandlæge, fysioterapi, fodterapi, kiropraktor og psykolog. Det særlige for praksissektoren er, at yderne er private erhvervsdrivende, der indgår aftaler med Region Midtjylland om at levere bestemte ydelser.

Præhospitalt beredskab: Indsatsen udenfor hospitalet overfor akut syge, tilskadekomne og fødende. Den præhospitale indsats omfatter alle de aktiviteter, der i den præhospitale fase iværksættes ved akut sygdom eller ulykkestilfælde. Det være sig alarmering af akutbetjening, førstehjælp, kommunikation mellem alarmcentral og vagtcentral, ambulancekørsel til skadested, transport til behandlingssted, behandling/overvågning under transporten samt overlevering til hospitalet.

Rådgivende udvalg vedr. sygehusinvesteringer: Panel nedsat af regeringen med henblik på rådgivning omkring nye byggerier i hospitalsvæsenet.

Screening: Når man screener, undersøger man systematisk udvalgte grupper i befolkningen for en bestemt sygdom. Formålet er at finde frem til de personer, der måske allerede er syge eller er i en særlig risikogruppe.

Shared care: Samarbejdsordning mellem forskellige behandlingsindsatser (f.eks. hospital og almen praksis) til varetagelse af forskellige patientgrupper. Shared care sætter fokus på koordinationen mellem de forskellige aktører i et patientforløb.

Somatik, somatisk: Ordet "somatisk" betyder "legemlig" og bruges bl.a. til at betegne den del af sundhedsvæsenet, der ikke vedrører behandling af psykiske sygdomme.

Udkast

Specialeplanlægning: Drejer sig om planlægning af sundhedsvæsenet og herunder opgavefordelingen mellem hospitalstyper og funktionsniveauer.

Stationære funktioner: Stationære funktioner omfatter hospitalers sengekapacitet, dvs. funktioner der indebærer indlæggelse. Begrebet er modsætning til ambulante funktioner.

Sundhedsaftaler: Aftaler mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen, der skal sikre sammenhængende patientforløb. Aftalerne omhandler en række obligatoriske områder samt lokale særaftaler.

Sundhedsberedskab: Sundhedsvæsenets evne til at udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet mv. ud over det daglige beredskab ved større ulykker og hændelser, herunder krig. Sundhedsberedskabet består af tre organisatoriske elementer: Sygehusberedskabet (inkl. præhospitalt beredskab), beredskabet i den primære sundhedstjeneste samt lægemiddelberedskabet.

Sundhedscenter: Sundhedscentret omfatter den kommunale del af et sundhedshus.

Sundhedshus: I et sundhedshus findes praktiserende læger, hospitalsfunktioner samt kommunale tilbud på sundhedsområdet under samme tag. Formålet er at borgerne har én indgang til sundhedsvæsenet samt sikre koordinering og sammenhæng i indsatsen.

Sundhedsprofil: Der er udarbejdet en sundhedsprofil af regionens borgere under navnet *"Hvordan har du det? – sundhedsprofil for region og kommuner*". Sundhedsprofilen er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt 31.500 voksne i Region Midtjylland.

Telemedicin: Anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi til at tilvejebringe medicinsk information, hvor geografisk afstand adskiller deltagerne. Ved telemedicin fremstilles informationen lokalt, hvorefter informationen overføres, rekonstrueres og vurderes et geografisk andet sted.

17.1 Lægefaglige specialer

Allergologi	Fagområde vedrørende medicinske overfølsomhedssygdomme inden for specialet intern medicin: lungesygdomme
Anæstesiologi	Speciale vedrørende bedøvelse, intensiv terapi, akut og præhospitalsbehandling samt smertebehandling
Arbejdsmedicin	Speciale vedrørende arbejds- og miljømæssige Lidelser

Udkast

Børne- og ungdomspsykiatri	Speciale vedrørende psykisk sygdom hos børn og unge. Specialet omfatter mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser fra medfødte udviklingsforstyrrelser til psykiske lidelser som skizofreni, angst og depression. Endvidere er spiseforstyrrelser og tvangslidelser omfattet.
Dermato-venerologi	Speciale vedrørende hud- og kønssygdomme
Diagnostisk radiologi	Speciale vedrørende undersøgelse baseret på medicinsk billeddannelse herunder røntgen
Endokrinologi	Speciale vedrørende sygdomme i hormonproducerende organer, herunder behandling af diabetes
Gastroenterologi og hepatologi	Speciale vedrørende medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne (i bughulen) og medicinske sygdomme i lever og galdeveje
Geriatri	Specialet omfatter behandling af ældre patienter (oftest over 65 år) med sammensatte sygdomsproblemer
Gynækologi og obstetrik	Speciale vedrørende kvindesygdomme og fødselshjælp
Hæmatologi	Speciale vedrørende sygdomme i blodets, knoglemarvens og lymfesystemets celler
Infektionsmedicin	Speciale vedrørende medicinske infektionssygdomme
Intern medicin	Intern medicin omfatter specialerne endokrinologi, gastroenterologi og hepatologi, geriatri, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, lungesygdomme, nefrologi og reumatologi
Kardiologi	Speciale vedrørende medicinske hjerte- og kredsløbssygdomme
Karkirurgi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme i blodkar uden for hjerne og hjerte
Kirurgi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme i spiserøret, mave-tarmkanalen, lever og bugspytkirtel og disses udførselsgange samt milten. Hertil kommer sygdomme i bugvæg og bughinde. Specialet omfatter fagområderne: Mammakirurgi, endokrinkirurgi og børnekirurgi
Klinisk biokemi	Speciale der udfører analyser på blodprøver og andre vævsvæsker mhp. forebyggelse, diagnose og opfølgning af sygdomme
Klinisk genetik	Speciale vedrørende sygdomme som er genetisk betingede
Klinisk farmakologi	Speciale vedrørende anvendelsen af lægemidler

Udkast

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	Speciale vedrørende funktionsundersøgelser og billeddiagnostiske undersøgelser ofte med anvendelse af radioaktive lægemidler
Klinisk immunologi	Speciale vedrørende blodtransfusioner, transplantationsimmunologi og immundefekter
Klinisk mikrobiologi	Speciale vedrørende undersøgelser for bakterier, virus, svamp m.m.
Klinisk onkologi	Speciale vedrørende kræftsygdomme
Lungesygdomme	Speciale vedrørende sygdomme i de nedre luftveje, lunger og lungehinder
Mammakirurgi	Fagområde vedrørende brystkirurgi, som hører under kirurgi
Nefrologi	Speciale vedrørende medicinske nyresygdomme
Neonatologi	Fagområde vedrørende for tidligt fødte børn
Neurofysiologi	Fagområde vedrørende udredning af nervesygdomme
Neurokirurgi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme i kranie, hjerne og rygmarv
Neurologi	Speciale vedrørende medicinske nervesygdomme i hjerne, rygmarv og de perifere nerver
Odontologi	Tandlægefagligt speciale vedrørende diagnostik og behandling af medfødte og erhvervede anomalier, traumatisk betingede læsioner, infektioner og benigne sygdomstilstande i tand, mund- og kæberegionen. Specialet betegnes i hospitalsplanen som tand, mund og kæbekirurgi
Oftalmologi	Speciale vedrørende medicinske og kirurgiske sygdomme i øjne og synsbaner
Ortopædisk kirurgi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme i bevægeapparatet
Oto-rhino-laryngologi	Speciale vedrørende øre-næse-hals sygdomme
Patologisk anatomi og cytologi	Speciale vedrørende undersøgelse af organer, væv og cellers struktur og udseende
Plastikkirurgi	Speciale vedrørende korrektive og rekonstruktive kirurgiske indgreb
Psykiatri	Speciale vedrørende psykotiske og ikke-psykotiske lidelser samt psykiske lidelser kombineret med misbrug hos voksne.
Pædiatri	Speciale vedrørende medicinske børnesygdomme
Reumatologi	Speciale vedrørende medicinske sygdomme i bevægeapparatet
Thoraxkirurgi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme i brystkassen (hjerte, lunger, spiserør m.v.)

Udkast

Urologi	Speciale vedrørende kirurgiske sygdomme og skader i nyrer, urinveje og mandlige kønsorganer

Udkast

18 Stikordsregister

A

Akkreditering....60;82
Akutberedskab....51
Akutbil....82
Akutbiler....52
Akutklinik....82
Akutklinikker....51
Akutplan for Region Midtjylland 45;47;76
Almen praksis....39
Alternativ behandling....12
Ambulancer....52
Ambulant behandling....10;11;56
Ambulatorium....82
AMK....52;53
Arbejdsmiljø....17

B

Baggrundsgruppen....79
Behandlerhuse....39
Behandlingspsykiatri....56
Borgertopmøde....7;11;14;17;77;82
Børne- og ungdomspsykiatri....57

C

Center for Folkesundhed....34;64
Center for Spiseforstyrrelse....57
Center of Excellence....43;48;82

D

DDKM....Se Den danske Kvalitetsmodel
Delplan for rekruttering og fastholdelse under praksisplanen....39;76
Den Danske Kvalitetsmodel....82
Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)..60
Den regionale ledelsesgruppe for infektionshygiejne....60
Det Nye Universitetshospital i Århus..49
Direktionen....83

E

e-Dok....60
Elektronisk ambulancejournal....53
Elektronisk patientjournal....83
Etniske minoriteters sundhed....65
Evidens....83

F

Flowstue....83
Forberedelsesudvalget....7
Forbrug af sundhedsydelser....27
Forebyggelse....13;15;63;64;65
Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme....67;83
Forskning....33
Friklinikken i Brædstrup....46
Funktionsniveauer....83
Fælles akutmodtagelser....19;51;83
Færdigbehandlet patient....83

G

Genoptræningsområdet....62;83

H

Hjælpemiddelområdet....62
Hospice....70;71;83
Hospitaler....31;41;69
Hospitalsenhed....84
Hospitalsenheden Horsens....45
Hospitalsenheden Randers....43
Hospitalsenheden Silkeborg....43
Hospitalsenheden Vest....44
Hospitalsenheden Viborg....44
Hospitalsledelse....31;84
Hospitalsplan for Region Midtjylland 42;48;76
Hovedfunktioner....42;48
Højtspecialiserede funktioner....42

I

InfoRM....84
Interimsundhedsplan....7;76
Investeringsplan....76
IVF-behandling....44

J

Jordemodervæsenet....66

Udkast

K

Klinikforum 79
Klynger..... 63;79;84
Kontaktpersonordningen 61;84
Kontaktudvalget for Århus Universitetshospital 43;79
KRAM 22;65;68;84
Kriseterapeutisk beredskab 55
Kronikermodel 67
Kronisk sygdom 67
Kronisk sygdom - Vision og strategi for en bedre indsats 76
Kronisk sygdom – Vision og strategi for en bedre indsats 67
Kræftpakker ..... *Se* Pakkeforløb
Kvalitet..... 59;66
Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg for almen praksis 79
Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for praksisområdet 38
Kvalitetsorganisation for praksissektoren 38;79
Kvalitetsrådet 80
Kvalitetsrådet for sundhedsområdet .. 60
Kvalitetsstrategi for sundhed i Region Midtjylland 60;76
Kvalitetsudvalg på fysioterapiområdet 80

L

Landsoverenskomster..... 37
Ledelses- og styringsgrundlag for Region Midtjylland..... 73
Lighed i sundhed..... 13;15;25;65
Livskvalitet..... 24
Livsstilscafeer..... 64
Lægefaglige specialer 86
Lægeforeningen Midtjylland..... 80
Lægemiddelkonsulenter 38;80
Lægevagt..... 36

M

Medicinerrokade 84
Medicinområdet 13;38;39
Mestring 67
Middellevetid 20;27
Midlertidige politiske udvalg 80
Multisygdom 22

N

Nationalt Indikatorprojekt..... 84
Nationalt Indikatorprojekt (NIP) 60
Netværk omkring Sundhedsfremme og forebyggelse 65
Neurorehabilitering 42;44;45
Nyt hospital i Vest 48;76

P

Pakkeforløb..... 10;50;84
Palliativ indsats 70;85
Paramedicinere 85
Paraplegi 42;44;48;85
Patientuddannelse 67;85
Pejlemærker 8
Plan for den palliative indsats i Region Midtjylland 71;76
Praksisdiætistordning 64
Praksiskonsulenter..... 85
Praksiskoordinatorer 79
Praksisplaner 38;77
Praksisudviklingskonsulenter..... 79
Praktiserende læger 68;85
Praktiserende sundhedspersoner 85
Privatpraktiserende sundhedspersoner 31;35
Præhospital beredskab 52;85
Psykiatri 18;56;63
Psykiatriplan for Region Midtjylland 58;76
Psykologbehandling 40

R

Rationel Farmakoterapi 40
Regionsfunktioner..... 42
Regionshospitalet Brædstrup..... 45
Regionshospitalet Grenaa 43;51
Regionshospitalet Hammel Neurocenter 42;43
Regionshospitalet Herning 45
Regionshospitalet Holstebro 45
Regionshospitalet Horsens 45
Regionshospitalet Kjellerup 44
Regionshospitalet Lemvig 45
Regionshospitalet Odder..... 45

Udkast

Regionshospitalet Randers 43
Regionshospitalet Ringkøbing 45;51
Regionshospitalet Silkeborg.... 43;48;51
Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter 45
Regionshospitalet Skive 44;51
Regionshospitalet Tarm 45
Regionshospitalet Viborg.....42;44
Regionssundhedsdirektørforum.....80
Rekruttering..... 17;32;39
Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.....80
Rådgivende udvalg vedr. sygehusinvesteringer.....85

S

Samarbejdsudvalg 80
Samarbejdsudvalg på praksisområdet38
Sammenhængende patientforløb ...9;60
Screening 85
Servicemål for hospitalerne 60
Servicestrategi 74
Shared care 9;19;85
Somatik.....85
Specialeplanlægning.....41;86
Specialeråd 81
Strategi for patientsikkerhed 61;76
Strategisk Sundhedsledelsesforum 81
Strategiudvalget for Region Midtjyllands sundhedsvidenskabelige forskningsfond 81
Stråleplanen for Region Midtjylland 50;76
Støttefunktioner på hospitalerne 47
Sundhedsaftaler..... 62;76;86
Sundhedsberedskab 53;86
Sundhedsberedskabs- og præhospitalsplan.....76
Sundhedsberedskabs- og Præhospitalsplan.....52
Sundhedsbrugerrådet 81
Sundhedscenter 86
Sundhedsfremme 13;15;63;64;65
Sundhedshus 86
Sundhedshuse..... 8;11;12;39
Sundhedskoordinationsudvalget 81
Sundhedsloven..... 7;30;42
Sundhedsprofil for Region Midtjylland 14;21;65;86
Sundhedsstyregruppen.....81
Sundhedstilstand 20
Svangreomsorg 15;66

T

Telemedicin 53;86
Traumecenter 51
Tværsektorielt regionalt råd for sundhedsfremme og forebyggelse 66;81

U

Udbud 53
Uddannelse.....32
Udlandsfunktioner.....41
Udviklingsfunktioner 42

V

Vagtcentral 52
Visitation til akut behandling 51
Voksenpsykiatri 57
Værdigrundlag for Region Midtjylland 74

W

Web-baserede patientnetværk 68

Å

Aarhus Universitet 42;79
Århus Universitetshospital 42
Århus Universitetshospital, Risskov ... 57
Århus Universitetshospital, Skejby 42
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus 42;46

UDKAST

Regionshuset
Viborg

Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Tel. +45 8728 5000
kontakt@rm.dk
www.rm.dk

Udkast

midt
regionmidtjylland