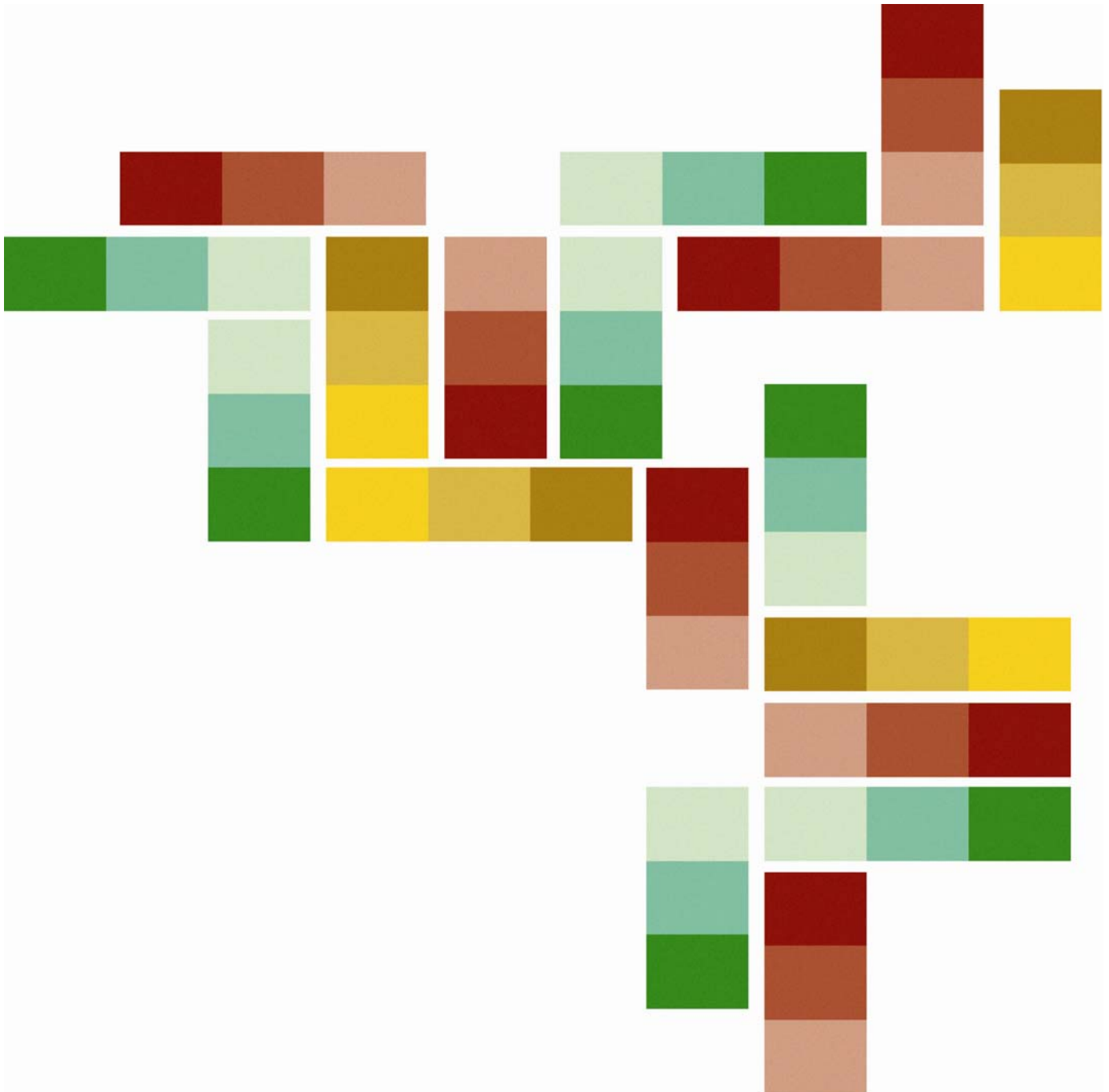


Midtvejsstatus

Sundhedsaftalen for Region Hovedstaden 2011-2014



Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Statusbeskrivelse.....	4
3. Sundhedsaftalernes generelle del.....	5
4. Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse	8
5. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb.....	12
5.1. Forebyggelse af indlæggelser	12
5.2. Indlæggelser og udskrivinger.....	15
5.3. Forebyggelse af genindlæggelser.....	17
6. Hjælpe midler	19
7. Genoptræning.....	21
8. Indsatsen for mennesker med sindslidelser	23
9. Svangreomsorg	27
10. Børn	28
11. Komplekse udredningsforløb.....	29
12. It, elektronisk kommunikation og teknologi	30
13. Hygiejne.....	33
14. Patientsikkerhed.....	34
15. Medicinering.....	36
16. Ulighed i Sundhed	38
17. Forskning	39
18. Fremtidige fokusområder.....	40

1. Indledning

Sundhedsaftalerne er et nøgleredskab i Region Hovedstadens, kommunernes og almen praksis' arbejde med at skabe sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis. Fokus i sundhedsaftalerne er derfor på faglig udvikling, koordination og kommunikation mellem parterne.

De nuværende sundhedsaftaler gælder i perioden 2011–2014. Aftalerne bygger videre på de positive erfaringer, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger. Sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 er baseret på ambitiøse målsætninger med fokus på at sikre den fortsatte udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Alle parter har gennem de seneste to år lagt meget energi i at sikre aftalernes implementering i praksis, og vi er kommet langt med den faktiske implementering af Sundhedsaftalerne. På det overordnede plan er der etableret en robust struktur for samarbejdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis. Fundamentet for en tættere koordination med almen praksis er styrket gennem udarbejdelse af plan for Sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem kommuner, hospitaler og almen praksis.

Inden for de enkelte indsatsområder er der arbejdet målrettet med en lang række af temaer. Der har i aftaleperioden været stort fokus på den tværsektorielle elektroniske kommunikation. Et andet væsentligt fokusområde har været arbejdet med udarbejdelse en ny kommunikationsaftale, der skal sikre en hurtigere og bedre kommunikation i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger. Hospitalerne, kommunerne og almen praksis er kommet meget langt med implementeringen af de godkendte forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom og flere nye programmer er under udvikling. Mange fælles kompetenceudviklingsprojekter er igangsat, og rammerne for det fremtidige samarbejde er på en række udviklingsområder fastlagt.

Halvvejs gennem aftaleperioden er der naturligt også dele af sundhedsaftalerne, der endnu ikke er arbejdet systematisk med på regionalt niveau. Det gælder blandt andet målsætninger om udarbejdelse af en ramme for opgaveoverdragelse og kommunernes adgang til specialistviden.

Denne midtvejsstatus er aftalt som en af de politiske målsætninger for Sundhedsaftalerne 2011 – 2014. Der redegøres for hvor langt parterne er kommet med konkretisering og implementering af Sundhedsaftalerne 2011- 2014. Der sættes således fokus på de områder, som parterne har arbejdet med gennem de seneste to år, men også på de dele af sundhedsaftalerne, hvor der er behov for en fokuseret indsats for 2013 og frem.

Afslutningsvis rettes blikket mod den næste generation af sundhedsaftaler. Med afsæt i statusbeskrivelsen sættes fokus på nogle af de store emner, der skal håndteres i kommende sundhedsaftaler, hvis sundhedsaftalerne skal kunne fungere som et effektivt redskab til at sikre mere sammenhæng og tættere koordination mellem de indsatser der ydes af det specialiserede hospitalsvæsen og det borgernære sundhedstilbud i kommuner og almen praksis.

2. Statusbeskrivelse

Det har siden 2007 været et krav at regioner og kommuner skal indgå bindende sundhedsaftaler. Sundhedsaftaler indgås for en fireårig periode.

De nuværende aftaler dækker perioden 2011-2014. Sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen består af en grundaftale, der er fælles for regionen og alle 29 kommuner samt individuelle sundhedsaftaler indgået mellem regionen og de enkelte kommuner. De individuelle aftaler beskriver blandt andet bilaterale udviklingsprojekter og kommunernes tilslutning til forløbsprogrammer og forskellige følgeordninger.

Grundaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget. Grundaftalen består af en generel del med tværgående politiske målsætninger og operationel del med specifikke målsætninger inden for de enkelte indsatsområder. Der er i tilknytning til den operationelle del udarbejdet en lang række bilag med handlingsanvisende programmer, vejledninger og instrukser. Bilagene justeres løbende, i takt med at der opstår behov for revision f.eks. som følge af nye nationale retningslinjer eller lignende. Bilagene understøtter den faktiske implementering af sundhedsaftalerne.

I denne midtvejsstatus er målene under den operationelle del tildelt et tal i modsætning til i Sundhedsaftalen. På den måde er det muligt, at følge, hvad der er gjort for hvert af målene. I selve statusbeskrivelsen er der i underoverskrifterne henvist til disse tal i parentes. Denne metode er valgt, fordi mange indsats ikke nødvendigvis kun relaterer sig til et mål og fordi, det giver mulighed for en mere flydende tekst uden alt for mange gentagelser. Der vil derfor eksempelvis kunne stå: ”**Kommunikation omkring indlæggelser og udskrivninger (1,2,4)**”.

3. Sundhedsaftalernes generelle del

Målsætninger:

*Sundaftalerne for 2011-2014 indeholder en række overordnede og gennemgående målsætninger, der har fokus på den fælles opgave som Region Hovedstaden og kommunerne har med at sikre, at borgerne skal opleve kvalitet og **sammenhæng** mellem det specialiserede sundhedsvæsen, almen praksis og kommunerne.*

*Målsætningerne har derfor fokus rettet mod udvikling, der understøtter kvalitet, kompetenceudvikling, effektivitet og tydeliggørelse af parternes **gensidige forpligtelser** og samspil. Herudover er der fokus på rammerne for opgaveoverdragelse. Sundhedsaftalerne skal således under hensyntagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling sikre, at **overdragelse af opgaver** fra hospital til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, styret og aftalt.*

Status:

Arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalernes bærende målsætninger om sammenhæng, forpligtende samarbejde og rammer for opgaveoverdragelse tager afsæt i de positive erfaringer, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger.

Mange af opgaverne løses af de udviklings- og arbejdsgrupper, der er nedsat i relation til de enkelte indsatsområder, mens andre målsætninger og indsatser går på tværs af indsatsområderne.

Almen praksis er formelt set ikke aftalepart i sundhedsaftalerne, men almen praksis er en helt central nøglespiller, idet et **sammenhængende sundhedsvæsen** fordrer et forpligtende samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis.

Organisatorisk er der på administrativt niveau arbejdet med tiltag, der understøtter tættere og mere koordineret inddragelse af almen praksis. Herunder er der gennemført en ændring i sammensætningen af den administrative styregruppe, således at denne nu er sammensat af repræsentanter fra alle tre aktører i sundhedstrekanten, herunder også repræsentanter fra psykiatrien.

Der er endvidere iværksat flere tiltag, der har betydet forbedret politiske og administrative styringsmuligheder. Eksempler herpå er beslutning om brug af standardskabeloner for udviklings- og arbejdsgruppernes kommissorier, arbejdsplaner og afrapporteringer.

Der er i aftaleperioden nedsat nye udviklings- og arbejdsgrupper i relation til indsatsområderne:

- Indlæggelser og udskrivninger
- Patientsikkerhed
- Psykiatri
- Medicin
- Fødeområdet

Herudover er der fra sidste aftaleperiode videreført udviklingsgrupper inden for indsatsområderne:

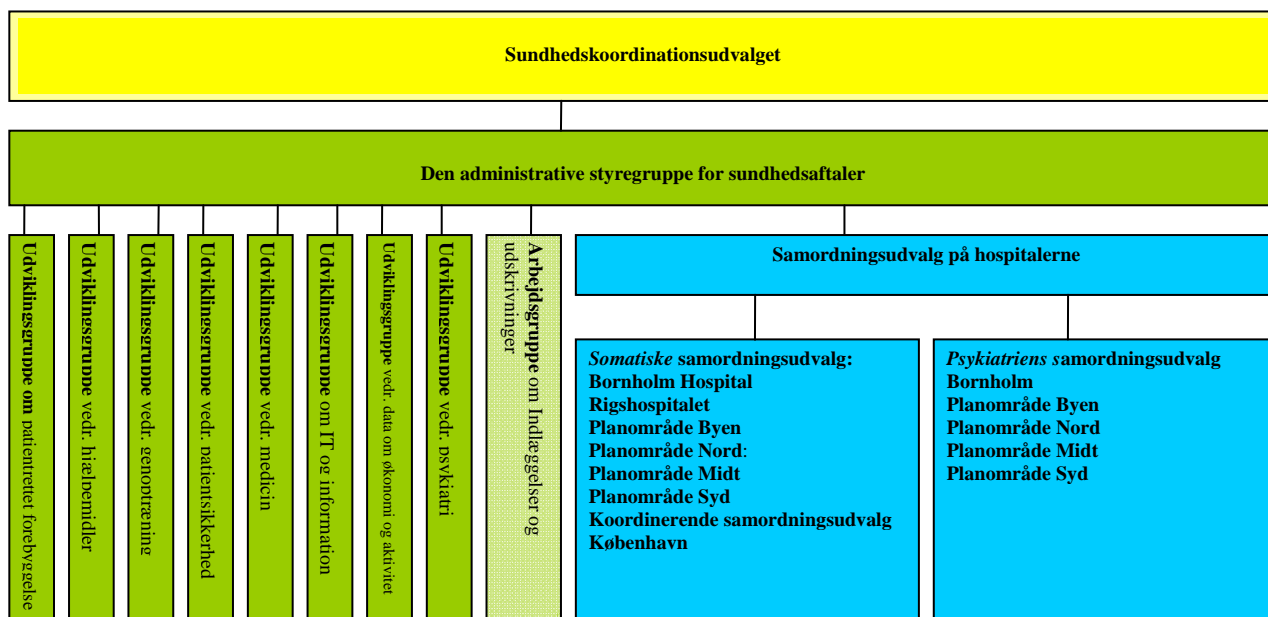
- Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme
- Genoptræning
- Hjælpemidler
- IT og information
- Data om økonomi og aktivitet

De tværfaglige og tværsektorielle udviklings- og arbejdsgrupper bidrager gennem deres opgaveløsning til udvikling og konsolidering af samarbejdet på regionalt niveau.

Lokalt har samarbejdsudvalgene en væsentlig opgave i forhold til implementering og opfølgning på sundhedsaftalernes målsætninger. Der er gennemført en ændring i samordningsudvalgsstrukturen. Den nye struktur afspejler de samarbejdsflader, der er opstået bl.a. som følge af Region Hovedstadens nye hospitalsstruktur og inden for psykiatrien.

Samtidig har ændringen betydet en stærkere ledelsesmæssig forankring og også almen praksis rolle er tydeliggjort i samordningsudvalgene (delt formandskab). Ændringerne understøtter dermed det lokale arbejde med at sikre sammenhæng blandt andet gennem tidlig inddragelse, hvor planarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats.

Organisationsdiagram for samarbejdsstrukturen vedrørende sundhedsaftalerne.



I forhold til de politiske målsætninger om **et forpligtende samarbejde** er der på tværs af de enkelte indsatsområder arbejdet med formalisering af samarbejdet med almen praksis gennem udarbejdelse af en udviklingsplan.

I planen er de gennemgående emner, der skal arbejdes med i hele sundhedsaftaleperioden; forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, forløbsprogrammer, tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser, medicin, elektronisk kommunikation og utilsigtede hændelser. Status

på de enkelte opgaver vil være at finde under indsatsområderne nedenfor, da håndteringen af opgaver er udlagt til de ansvarlige udviklings- og arbejdsgrupper.

Fokusområder i 2013 og frem

Emner som udvikling af en ramme for opgaveoverdragelse, vurdering af anvendelse af området for samfinansiering, og udvikling af en samlet ramme for rehabilitering er endnu ikke blevet drøftet. Der vil derfor være fokus på disse områder i anden halvdel af aftaleperioden.

4. Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Mål

1. *Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start*
2. *Implementering af forløbsprogram for hjerte- karsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012*
3. *Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænde/ryglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales*
4. *Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis*
5. *At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT – understøttes*
6. *At der sker en indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse*
7. *Der skal i aftaleperioden udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside*
8. *Der skal i aftaleperioden igangsættes initiativer med henblik på udvikling af tiltag, som kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom*

Udviklingsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse har ansvaret for arbejdet med målsætningerne under dette indsatsområde, og der er i aftaleperioden arbejdet målrettet på at sikre udvikling og implementering af forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammer (1,2,3)

KOL og type 2 diabetes

Implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes er generelt nået langt i Region Hovedstaden og stadig flere patienter henvises til et sammenhængende rehabiliteringstilbud. Forløbsprogrammet for KOL er implementeret i 90 % af kommunerne og på alle hospitalerne. Forløbsprogrammet for Type 2 diabetes er implementeret på 72 % af hospitalerne og ligeledes i 72 % af kommunerne.

Demens

Målet for forløbsprogrammet for demens er, at implementering er aftalt i aftaleperioden. Forløbsprogrammet for demens er imidlertid allerede langt i implementeringsfasen, idet langt de fleste kommuner har ordninger vedr. information om tilbud til pårørende, forløbskoordinatorer og vejledning om sociale tilbud. Regionens demensenheder er ligeledes langt med implementeringen af

minimumsstandarder i forløbsprogrammet, herunder opfølgende udredning af personer med mulig demenssygdom, udpegning af lægefaglig tovholder og information og rådgivning til både patienter og pårørende. Men implementering af forløbsprogrammet afhænger i høj grad også af implementering i almen praksis. Aftalen omkring implementering af aktiviteter målrettet almen praksis blev indgået i juni 2012 og der er nu planlagt fyraftensmøder med almen praksis om implementeringen.

Hjertekar

Målet for forløbsprogrammet for hjerte-karsygdomme er ligeledes, at der i aftaleperioden er indgået aftale om implementering. Implementeringen af forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme er implementeret på 91 % af hospitalerne. Andelen af kommuner der har etableret et sammenhængende rehabiliteringstilbud er 17 %. Den seneste opgørelse viser, at der i 2011 blev henvist 410 patienter med hjertekarsygdomme til et kommunalt rehabiliteringstilbud. Det er endnu ikke indgået aftale om implementering af forløbsprogrammet, men denne forventes på plads i 2013.

Lænderyglidelser

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser er færdigudviklet og aftalt i 2012. Der er nedsat en implementeringsgruppe for forløbsprogram vedrørende lænderyglidelser. Implementeringsgruppens opgave er at udarbejde en overordnet implementeringsplan og igangsætte implementeringsplanens aktiviteter og følge op på, om de igangsatte aktiviteter er koordineret med andre relevante indsatser.

Kræft

I 2012 har udviklingsgruppen også fået ansvaret for at implementere Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Udviklingsgruppen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til implementeringsaktiviteter og en implementeringsplan medio 2013.

Status

Tabellen nedenfor viser den overordnede status for hvert forløbsprogram under udviklingsgruppen for patientrettet forebyggelse.

Forløbsprogram	Status
KOL rehabilitering	Implementering
Type 2 diabetes rehabilitering	Implementering
Demens	Implementering
Hjerte-karsygdomme rehabilitering	Aftale om implementering skal indgås
Lænde-ryglidelser	Planlægningsfase for implementeringsplan
Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	Planlægningsfase for implementeringsplan

Fælles kompetenceudvikling (4)

I regi af Region Hovedstadens kronikerprogram er der igangsat kompetenceudviklingstiltag og kursusforløb. Kursusforløbene fortsætter også efter Kronikerprogrammets afslutning ved udgangen af 2012.

Facilitator-ordningen bidrager til indsatsen over for kronisk syge ved at understøtte organisations- og kompetenceudvikling i almen praksis. Projektets facilitatorer har i perioden 2011-2012 gennemført flere end 900 praksisbesøg med henblik på at indarbejde og optimere klinikkens rutiner omkring opsporing, diagnosticering, stratificering og behandling af patienter med kronisk sygdom med udgangspunkt i forløbsprogrammernes anbefalinger. I den kommende periode skal der arbejdes på at

anvende metoder og erfaringer fra projektet med henblik på fortsat at understøtte brugen af forløbsprogrammer i almen praksis.

Fælles Skolebænk er et kursusforløb, hvor der undervises i de enkelte forløbsprogrammer. Her deltager personale fra alle tre sektorer, hvorved der ud over selve kursusindholdet sker en understøttelse af det tværsektorielle samarbejde. Frem til efteråret 2012 har ca. 600 klinikere været på Fælles Skolebænk. Erfaringerne har generelt været gode, men der har også vist sig at være behov for at revidere konceptet bl.a. for at sikre, at det faglige niveau favner forskellige faggrupper, herunder også almen praksis, og at der er sammenhæng til øvrige igangværende initiativer.

Endvidere vil ca. 350 patientundervisere have deltaget i et sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus inden udgangen af 2012. Dertil er der planlagt lokale kurser med et sygdomsspecifikt indhold – også rettet mod patientundervisere.

It-understøttelse patientportal og telemedicin(5,6,7)

Der er gennem de seneste to år arbejdet målrettet på at sikre it-understøttelse af forløbsprogrammerne. Implementeringen af den elektroniske henvisning (Ref01) er et væsentligt element heri, idet brugen af den elektroniske henvisning vil lette arbejdsgangene og sikre en bedre kommunikation. Både hospitaler og almen praksis vil kunne benytte den elektroniske henvisning.

Almen praksis har en helt central rolle i arbejdet med forløbsprogrammerne og ikke mindst i forhold til at sikre en tidlig indsats i forhold til borgere, der er risiko for at udvikle kronisk sygdom. I regionens kronikerprogram er der derfor sat fokus på datafangst i almen praksis. Datafangst giver f.eks. mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen og vurdere denne med henblik på forbedring af kvaliteten.

I regi af Kronikerprogrammet er en rehabiliteringsdatabase under udvikling. Rehabiliteringsdatabase skal bidrage til at sikre videndeling og kvalitet på tværs samt monitorering af implementering og effekt af rehabiliteringsindsatser. Det er tanken at rehabiliteringsdatabase også vil kunne udvides til at omfatte andre forløbsprogrammer.

En vellykket rehabilitering forudsætter at borgere med en kronisk sygdom får indsigt i egen sygdom, hvorfor patientportalen Grib om Livet er udviklet med egen hjemmeside. På portalen vises nu film rettet mod patienter med KOL og Type 2-diabetes. Offentliggørelsen af film for patienter med demens og deres pårørende sker i november 2012, og i efteråret produceres der ligeledes film for patienter med hjertekarsygdomme og lænderyglidelser.

Region Hovedstaden er i gang med at etablere et Center for Telemedicin. En af centrets første opgaver er at foretage en systematisk tværsektoriel kortlægning over telemedicinske løsninger og projekter i regionen. Der skal aftales en samarbejdsform som sikre inddragelse af kommunerne i den videre proces.

Tidlig opsporing (8)

Lokalt er der bl.a. med støtte fra Forebyggelsespuljen og Region Hovedstadens pulje til styrket indsats for udsatte borgere (50 mio. kr.) iværksat en række projekter, der har fokus på tidlig opsporing af borgere, der har eller er i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital samarbejder om tidlig opsporing af borgere der er i risiko for at udvikle hjerte-karsygdomme.

På regionalt niveau er der endnu ikke arbejdet med målsætningen om at udvikle initiativer, der kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til en tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom. Der vil i udviklingsarbejdet, som påbegyndes i 2013, blive lagt vægt på at sikre koordination i forhold til initiativer der iværksættes inden for rammerne af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Fokusområder i 2013 og frem

Det er væsentligt, at der også fremadrettet sættes fokus på **tidlig opsporing** af borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom. Almen praksis er i den sammenhæng en central aktør, f.eks. skal der sættes fokus på praktiserende lægers mulighed for at henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.

Derudover tager forløbsprogrammerne i dag ikke i tilstrækkeligt omfang højde for, at flere patienter lever med mere end en kronisk sygdom. Derfor er det nødvendigt fremover at fokusere på, hvordan koordinering af forløb samt tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatser i højere grad målrettes patienter med **multisygdom** og øvrige sårbare patienter.

Den fremadrettede indsats vil tage afsæt i de kommende evalueringer på området.

5. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger er nedsat som en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe i 2011. Arbejdsgruppen har haft fokus på, at videreudvikle samarbejdet i sundhedstrekanten, særligt omkring den ældre medicinske patient, med henblik på tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af indlæggelser, indlæggelser og udskrivninger samt forebyggelse af genindlæggelser.

5.1. Forebyggelse af indlæggelser

Mål

1. At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser
2. At der udvikles de nødvendige redskaber og gennemføres en fælles kompetenceudvikling til brug for forebyggelse af indlæggelser
3. At indlæggelse af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb, så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg
4. At forskelle i indlæggeshyppighed for de forebyggelige diagnoser mellem kommuner analyseres med henblik på reduktion i aftaleperioden
5. At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing

Inddragelse af almen praksis (1)

De praktiserende læger har kontakt til næste alle borgere. De praktiserende læger har derfor en afgørende rolle når det gælder indsatser der kan forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

I plan for sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem hospitaler, kommuner og almen praksis 2012, der blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i januar 2012, er et af indsatsområderne forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Planen indebærer at der skal arbejdes med:

Fælles indsatser	Status
At udarbejde og formidle information til almen praksis, herunder lægevagten om kommunernes alternativer til eventuel indlæggelse	Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.
At afdække udbredelsen og erfaringerne med anvendelsen af følge-ordningerne bl.a. gennem de kommunalt lægelige udvalg (KLU)	Der arbejdes med følgeordningerne og der er i 2011 indgået aftale med PLO- Region Hovedstaden om de praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. For uddybende beskrivelse af følgeordningerne se s. 17.
At indsamle best practice med henblik på formulering af udviklingsprojekter i 2013 vedr.: 1. Fælles sprog med henblik på sikker og klar kommunikation om observationer på begyndende sygdomsudvikling til brug i den	1. Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.

<p>tværfaglige og tværsektorielle dialog</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Specialistrådgivning fra hospitaler til kommuner og almen praksis 3. Subakutte tider til udredning på hospitalerne 4. Eksempler på lægefaglig bistand fra almen praksis til kommunerne 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Der er etableret fire diagnostiske enheder i 2012, hvor der bl.a. er etableret en rådgivningsfunktion/telefon ved hver af enhederne. 3. Alle afdelinger har subakutte udredningstider. 4. Opgaven placeres i arbejdsgruppen om indlæggelser og udskrivninger.
--	--

Kompetenceudvikling og tidlig opsporing (2)

Det kommunale plejepersonale spiller i mange tilfælde en stor rolle, når der skal iværksættes en tidlig indsats der kan forebygge en indlæggelse. Derfor er der både lokalt og regionalt iværksat projekter, der har fokus på kompetenceudviklingen af det kommunale plejepersonale.

Frederiksberg Kommune og Region Hovedstaden er gået sammen om udvikling af et uddannelsesprogram, hvor fokus rettes mod bl.a. observationer af faldende funktionsnedsættelse hos ældre borgere og andre udsatte grupper. Der er tanken, at uddannelsesprogrammet på sigt skal tilbydes til alle kommunerne. Programmet kan derigennem blive et væsentligt input til den fælles model, der skal udvikles for at forebygge indlæggelser gennem tidlig opsporing.

Det tætte og koordinerede samarbejde mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne er helt centralt for forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

De fleste samordningsudvalg har taget initiativ til projekter om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Blandt andet har Allerød, Hillerød, Gribskov, Frederikssund og Halsnæs kommuner sammen med Hillerød og Frederikssund hospitaler gennemført et projekt om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i Planområde Nord. Der er blandt andet udviklet en triage-model for borgere i hjemmeplejen. Projektet har været støttet af forebyggelsespuljen. Konklusionerne rummer positive perspektiver for en fremtidig indsats om tidlig opsporing og triagemodellen er efterfølgende implementeret i de fleste af projektkommunerne.

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital har etableret et 2 årigt samarbejdsprojekt, som har til formål at give sårbare ældre medicinske patienter over 65 år et hurtigt, sammenhængende og målrettet patientforløb, som alternativ til indlæggelse.

Forskelle i indlæggeshyppighed (4)

Samordningsudvalgene modtager kvartalsvis ledelsesinformation omkring indlæggeshyppighed og variationer mellem samordningsudvalgenes planområder. Samordningsudvalgene modtager endvidere ledelsesinformation om udviklingen i indlæggelserne på de områder, der er defineret som forebyggelige. Samordningsudvalgene anvender ledelsesinformationen til tematiserede drøftelser om fælle indsats med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

Fokusområder i 2013 og frem

De mange lokale erfaringer omkring kompetenceudviklingsprojekter og samarbejdsprojekter omkring forebyggelse af indlæggelser skal indsamles, så erfaringerne kan indgå i arbejdet med udvikling en **fælles model** for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing (5).

Herudover vil særligt videreudviklingen af **samarbejdet med almen praksis** være et højt prioriteret indsatsområde og samtidig et område som vil kræve et fortsat fokus også i de kommende sundhedsaftaler.

Målsætningen om at indlæggelser af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb, så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg (3), er der ikke arbejdet systematisk med. Der er behov for en drøftelse af, hvordan der eventuelt kan arbejdes med målsætningen.

5.2. Indlæggelser og udskrivninger

Mål

1. *At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskrivning*
2. *At varslingsaftaler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere*
3. *At sikre rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra hospital, herunder koordinering af færdigbehandlingstidspunkt og behov for ydelser efter udskrivning.*
4. *At sikre formidling af relevante informationer til patienten og eventuelt pårørende, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten*
5. *At der udarbejdes aftaler for støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital*
6. *Udvikling af ind- og udskrivningsforløb med de akutte modtageafdelinger*

Kommunikation omkring indlæggelse og udskrivninger (1,2,4)

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis er i gang med et stort projekt med implementering af elektronisk kommunikation i form af 4 nye MedCom-standarder. Projektet betyder at informationer mellem kommuner, hospitaler og almen praksis i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger bliver hurtigere og mere sikker.

De nye MedCom-standarder understøtter samtidig aftalen om tværsektoriel kommunikation om indlæggelser og udskrivninger, der nu er under implementering. Den nye kommunikationsaftale erstatter de nuværende varslingsaftaler. Med aftalen understøttes en hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem hospitaler og kommuner i forbindelse med udskrivnings- og indlæggelsesforløb.

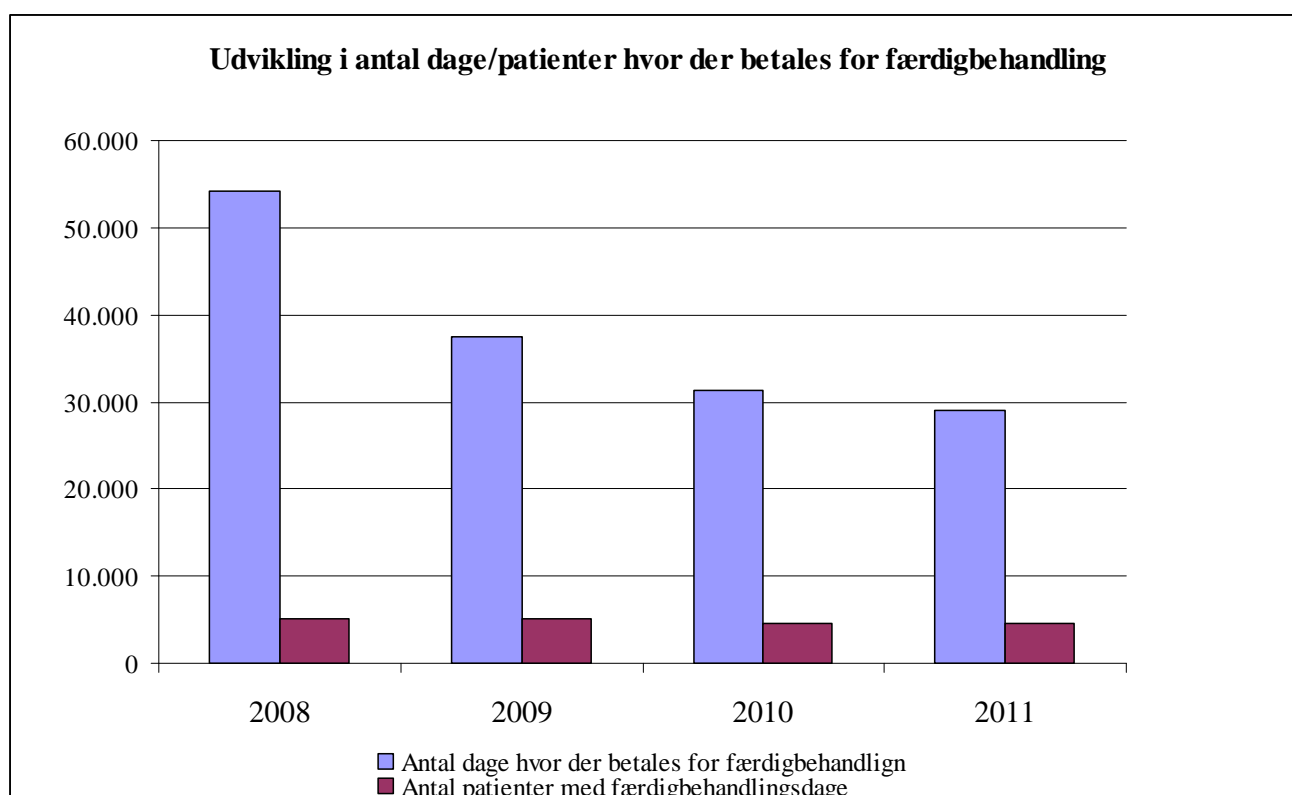
Der er desuden aftalt arbejds gange med henblik på, at der tidligt i indlæggelsesforløbet skabes dialog med kommunen for at sikre et sikkert og godt udskrivningsforløb.

I Kommunikationsaftalen er det desuden aftalt, hvordan patientens behov efter udskrivning formidles til og koordineres med kommunen. Formidling til patienten sikres ved, at patienten får en udskrift af udskrivningsrapporten med hjem, hvoraf også kontaktdresser fremgår.

Færdigbehandling (3)

Et ophold på hospital skal, både af hensyn til den enkelte borgere og af hensyn den samlede ressourceudnyttelse, afsluttes, når patienten er færdigbehandlet. Der er derfor i kommunerne et stort fokus på at sikre en hurtig hjemtagelse af borgere. Nedenstående tabel viser, at antallet af dage, hvor der betales for færdigbehandling, er faldet markant og der har været stort fokus i kommunerne på at nedbringe antallet. Bl.a. har mange kommuner etableret ordninger med koordinerende sygeplejersker, som dagligt er på hospitalerne og er i dialog med indlagte borgere og hospitalets personale for at sikre hurtige og velplanlagte udskrivninger.

Aftalen om tværsektoriel kommunikation vil kunne bidrage til yderligere understøttelse af denne udvikling. Grafen nedenfor viser udviklingen i Region Hovedstaden fra 2008-2011.



Kommunikationsvanskeligheder (5)

Grundet det store fokus på udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftalen, er der endnu ikke arbejdet med aftaler for støtte til patienter med svære kommunikationsvanskeligheder. Dog har nogle kommuner har indgået aftale med hospitaler om, at kommunen kan vælge at sende personale med, når en borger med svære kommunikationsvanskeligheder skal indlægges.

Fokusområder i 2013 og frem

Implementeringen af kommunikationsaftalen forventes at være fuldført i april 2013. Men også herefter vil der være behov for at følge op på aftalen. Det er derfor aftalt at der skal gennemføres en evaluering af aftalen. Evalueringsprocessen begynder i 2013. Evalueringen skal blandt vise, om der er behov for justeringer af aftalen, og om aftalen understøtter hensigten i forhold til gode indlæggelses- og udskrivningsforløb for borgeren.

Der skal endvidere igangsættes et arbejde med henblik på udarbejdelse af aftaler om støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital.

5.3. Forebyggelse af genindlæggelser

Mål

1. At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient
2. At reducere omfanget af genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidligere indsats fra hospital, kommune eller praktiserende læge, hver især eller i fællesskab

Følgeordninger (1)

For at forebygge genindlæggelser arbejdes der på hospitaler og i kommuner med tre opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient:

1. ”Følge hjem” – en ordning hvor patienten følges hjem af hospitalspersonalet med eventuel med deltagelse af kommunalt personale. Følge hjem ordningen er implementeret som driftsopgave på alle hospitalerne og er stadig under opbygning og udvikling. Der er i 2011 foretaget ca. 2.600 hjemfølgninger, og det forventes, at der i 2012 bliver 3.300 – 3.600 hjemfølgninger. Der er alle steder etableret et godt samarbejde med kommunerne om ordningen. Ordningen drøftes løbende i samordningsudvalgene. Nogle kommuner ønsker at deltage i hjemfølgningen.
2. ”Ringe hjem” – en ordning hvor hospitalspersonalet ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen. På seks hospitaler er der fra slutningen af 2011 gennemført pilotprojekter vedr. ringe hjem ordninger for forskellige patientgrupper og med forskellig organisering. De seks projekter er næsten alle afsluttet og evalueret. En samlet opgørelse af erfaringerne fra de seks projekter forventes færdig ved udgangen af 2012. De foreløbige konklusioner tyder på, at ringe-hjem tilbuddet bidrager med et kvalitetsløft, og at tilbuddet har en positiv betydning for patienternes oplevelse af efterforløbet.
3. ”Følge op” – en ordning, hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet. Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er indskrevet i Sundhedsaftale 2011-2014. Der er i 2011 indgået aftale med PLO Region Hovedstaden om de praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. 22 kommuner har medio 2012 tilsluttet sig aftalen. Enkelte kommuner startede ordningen op i 2011, og flere har igangsat ordningen i 2012.

Antal genindlæggelser (2)

Indsatsen for at forebygge genindlæggelser, hænger tæt sammen med indsatsen for at forebygge indlæggelser. Der er både lokalt og regionalt iværksat projekter, der har fokus på kompetenceudvikling af det kommunale plejepersonale. For beskrivelse af projekter, se afsnit om kompetenceudvikling og tidlig opsporing s. 13.

Fokusområder i 2013 og frem

I 2013 og frem vil der være fokus på at sikre, at de allerede iværksatte regionale initiativer og initiativer under den nationale handleplan for den ældre medicinske patient koordineres. I hovedstadsregionen er der med den regionale plan for den ældre medicinske patient,

kronikerprogrammet og den kommende fælles regionale tryksårsindsats således allerede mange erfaringer at bygge videre på i forbindelse med den nationale udmøntningsplan.

De mange lokale erfaringer omkring kompetenceudviklingsprojekter og samarbejdsprojekter omkring forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser skal indsamles, så erfaringerne kan indgå i arbejdet med udviklingen af nye tiltag og projekter.

6. Hjælpemidler

Mål

1. At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor
2. At udvikle og vedligeholde en klar arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug
3. At sikre, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra hospital samt sikre den nødvendige instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber

Tværsætorielt samarbejde og snitflader (1,2)

I november 2008 besluttede Den administrative Styregruppe, at der under hvert samordningsudvalg skulle nedsættes et Fagligt hjælpemiddelforum, for at sikre samarbejdet lokalt mellem hospital og kommuner. Fagligt hjælpemiddelforum har blandt andet til opgave at arbejde med og rapportere til samordningsudvalgene om kontaktpersonsordningen på hjælpemiddelområdet, sagsbehandlings- og leveringstider, samt oplysninger vedr. de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter. Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler er i færd med at skulle planlægge en kommende evaluering af arbejdet i de lokale faglige hjælpemiddelfora.

Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler har udarbejdet et snitfladekatalog om behandlingsredskaber og hjælpemidler, der erstatter det Casekatalog der blev udarbejdet i forbindelse med første generations sundhedsaftaler. Snitfladekataloget beskriver de overordnede principper for samarbejdet om formidlingen af behandlingsredskaber og hjælpemidler samt de konkrete snitflader i forhold til et udvalgt antal produkter. Udviklingsgruppen arbejder på en revision af Snitfladekataloget i løbet af efteråret 2012 med henblik på en udgivelse af version 2 i løbet af foråret 2013.

Udlevering af hjælpemidler (3)

I forbindelse med udskrivning fra hospital udleveres pjecen ”Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler” til de patienter, hvor det er relevant at overveje hjælpemidler. Får patienten hjælpemidler med fra hospitalet ved udskrivelsen, vil personalet på hospitalet sikre, at patienten har fået instruktion i brugen af hjælpemidlet. For hjælpemidler, der efterfølgende bevilliges af kommunen, er det kommunen, der vil instruere.

Velfærdsteknologi

Udviklingsgruppen vedrørende hjælpemidler har udover de konkrete opgaver i relation til målene også haft til opgave at følge den faglige udvikling på området. Udviklingsgruppen har afholdt en temadag om velfærdsteknologi i samarbejde med udviklingsgruppen for genoptræning og udviklingsgruppen for IT med fokus på udviklingen indenfor velfærdsteknologi og på snitfladen mellem kommuner og region. I november 2012 afholdes en national temadag om behandlingsredskaber og hjælpemidler. Temadagen er blevet til i et tværsætorielt samarbejde på nationalt plan. Temadagen vil sætte fokus de nuværende regler for behandlingsredskabs- og hjælpemiddelområdet.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i 2013 være fokus på det praktiske samarbejde omkring håndtering af hjælpemiddelområdet.

En gennemførelse af en analyse af hjælpemiddelområdet med henblik på at generere viden om kvalitet, som kan stilles til rådighed for kommunerne vil også være i fokus i 2013. Desuden skal analysen behandle snittet mellem regionale og kommunale opgaver på området og anvise sømløse overgange. Der er i Region Hovedstadens budget for 2013 afsat midler til gennemførelse af analysen.

7. Genoptræning

Mål

1. *At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser*
2. *At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012*
3. *At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget*
4. *At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler og kommuner i praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter*
5. *At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering*

Tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser (1)

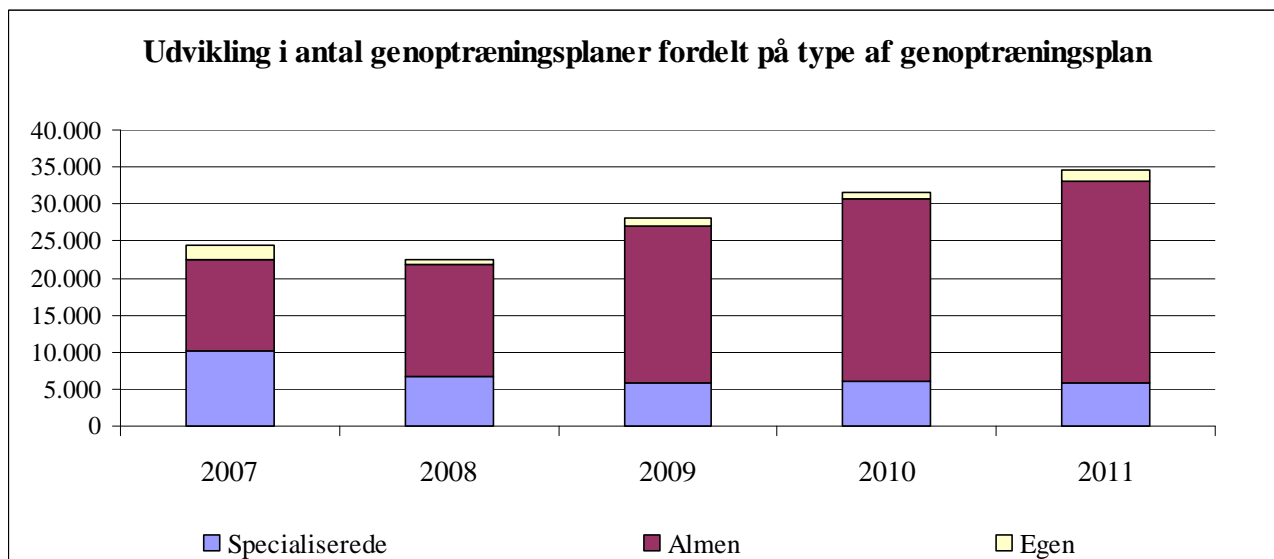
Udviklingsgruppen vedr. genoptræning arbejder målrettet på at udarbejde tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Den første vedrørende skulderopererede er udarbejdet og er i godkendelsesproces, og der er sat yderligere fire i gang. De kommende genoptræningsforløbsbeskrivelser omhandler benamputationer, botoxbehandling for CP børn og unge, hoftenære frakturer og total knæalloplastik. Desuden arbejder udviklingsgruppen på at udpege, på hvilke områder de efterfølgende genoptræningsforløbsbeskrivelser skal udarbejdes.

Der har været afholdt en temadag for ledere i kommuner og på hospitaler om tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Formålet er, at sikre en fælles forståelse af værdien af at afsætte ressourcer til udvikling af de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser. Netop afsættelse af ressourcer lokalt på hospitaler og i kommuner har været med til at forsinke målsætningen om at udarbejde to genoptræningsforløbsbeskrivelser årligt. Mulighederne for at løfte udarbejdelsen af de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser til nationalt niveau har derfor også været drøftet i udviklingsgruppen.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for skulderopererede har givet anledning til at drøfte variation i behandlingsforløb på hospitaler og i kommuner på et evidensbaseret grundlag. Den tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse bidrager således til, at der på et kvalificeret grundlag er mulighed for at mindske variationer mellem behandlingsforløb for samme diagnose.

Genoptræningsplaner (2)

Der har siden 2007 været stort fokus på udviklingen inden for genoptræningsplaner. Nedenstående tabel viser, at antallet af udarbejdede genoptræningsplaner er steget over årene. Endvidere fremgår det, at antallet af almene genoptræningsplaner er stigende og specialiserede genoptræningsplaner er faldende.



Der er fortsat et potentiale i at harmonisere behandling på tværs af hospitaler og kommuner inden for samme diagnoser. Dog skyldes nogle af forskellene i antal specialiserede genoptræningsplaner specialefordelingen mellem hospitaler. En harmonisering bør derfor kun ske inden for sammenlignelige diagnosegrupper.

Børnegenoptræning (3)

Snitfladekataloget for genoptræning vedr. børn er blevet implementeret og det er udviklingsgruppens opfattelse, at samarbejdet på børneområdet fungerer godt.

Kapacitetsplan og ramme for rehabilitering (4,5)

Der er ikke arbejdet med at udvikle en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren i aftaleperioden. Udviklingsgruppen vil på et møde ultimo 2012 drøfte, om målet fortsat ses som relevant i forhold til udviklingen på genoptræningsområdet i øvrigt.

Arbejdet med at udvikle en fælles ramme vedrørende rehabilitering er sat i bero, idet Den Administrative Styregruppe har vurderet, at der er behov for en generel drøftelse af, hvorvidt der skal prioriteres at udvikle en samlet ramme for rehabilitering eller en proces, hvor der fokuseres på enkelte delområder, som eks. børn og voksne med erhvervet hjerneskade, forløbsprogrammer og psykiatri.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i resten af aftaleperioden være fokus på udviklingen af og implementering af de tværsektorielle **genoptræningsforløbsbeskrivelser**, som bidrager til at sikre fælles evidensbaserede genoptræningsforløb i region og kommuner.

8. Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Mål

1. *At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis således, at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde*
2. *At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelser*
3. *Udvikle samarbejdet og samarbejdsformerne for det gode ind- og udskrivningsforløb mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at styrke en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i forhold til mennesker med sindslidelse*
4. *Udvikle samarbejde og samarbejdsformer om de ambulante forløb mellem de psykiatriske centre og kommunerne.*

Samarbejdsstruktur

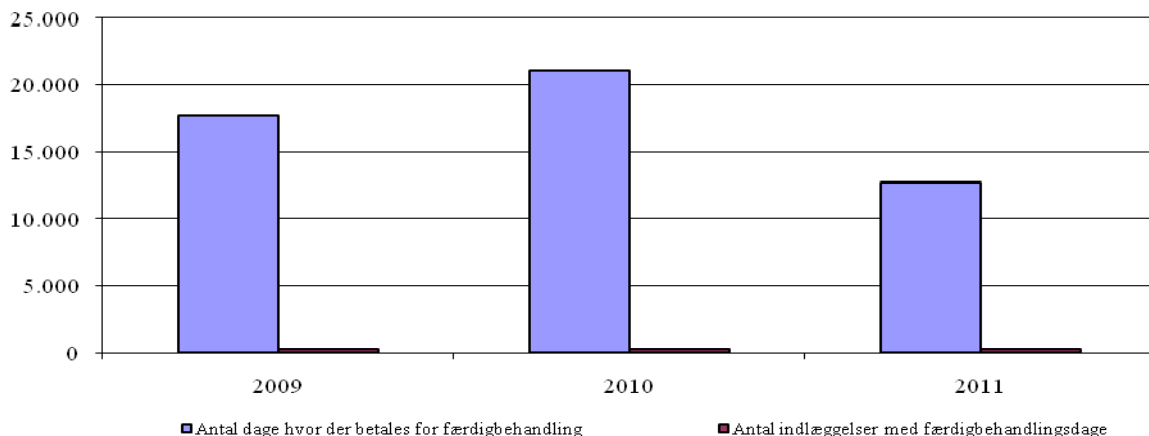
Der er i aftaleperioden sket en revision af samordningsudvalgsstrukturen på psykiatriområdet. Den tidligere struktur med ét koordinerende samordningsudvalg samt lokale samordningsudvalg er ophørt og erstattet af fire psykiatriske samordningsudvalg for planområderne, der både dækker voksenområdet og børne- og ungeområdet. Der er desuden repræsentanter fra almen praksis samt repræsentanter udpeget af Praksisudvalget i Region Hovedstaden i samordningsudvalgene. Region Hovedstadens Psykiatri deltager desuden i møderne i Den administrative Styregruppe på vicedirektørniveau. De psykiatriske samordningsudvalg for planområderne er netop etableret og de fire udvalg har holdt de konstituerende møder i september 2012.

I forhold til samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og praksisområdet er der etableret et PKO samarbejde (praksiskonsulentordning), hvor praksiskoordinator og lægefaglig vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri afholder ugentlige møder. Der er desuden ansat praksiskonsulenter på de psykiatriske centre. Der er i dette regi fokus på at styrke samarbejdet mellem almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri. Der er bl.a. udarbejdet forløbsbeskrivelser for det konkrete samarbejde mellem almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til psykiske lidelser, f.eks. depression.

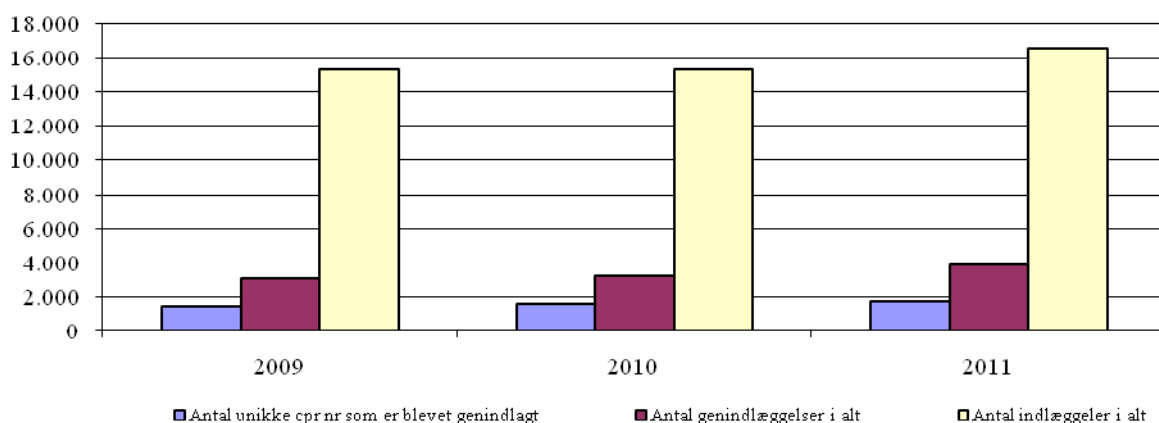
Der er efteråret 2012 nedsat en tværgående udviklingsgruppe på psykiatriområdet. Det forventes, at gruppen afholder sit første møde inden udgangen af 2012. Udviklingsgruppen vil blive ansvarlig for at arbejde systematisk med målene i sundhedsaftalen. Under de overordnede målsætninger er der også defineret en række indsatsområder; implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne mellem kommuner og regionen, rehabilitering, medicinering, særligt udsatte patienter, beskæftigelsesindsats, tidlig opsporing og behandling, fysisk sundhed for psykisk syge. Udviklingsgruppen vil også blive ansvarlig for arbejdet med disse og der har allerede lokalt været arbejdet med projekter på mange af indsatsområderne. Projekter og initiativer på de enkelte områder gennemgås nedenfor. De nye samordningsudvalg vil på de kommende møder skulle drøfte status på disse initiativer og projekter.

Endeligt er der udarbejdet ledelsesinformation, som giver overblik over udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter, udviklingen i antal indlæggelser og genindlæggelser samt udvikling i indlæggelsestiden.

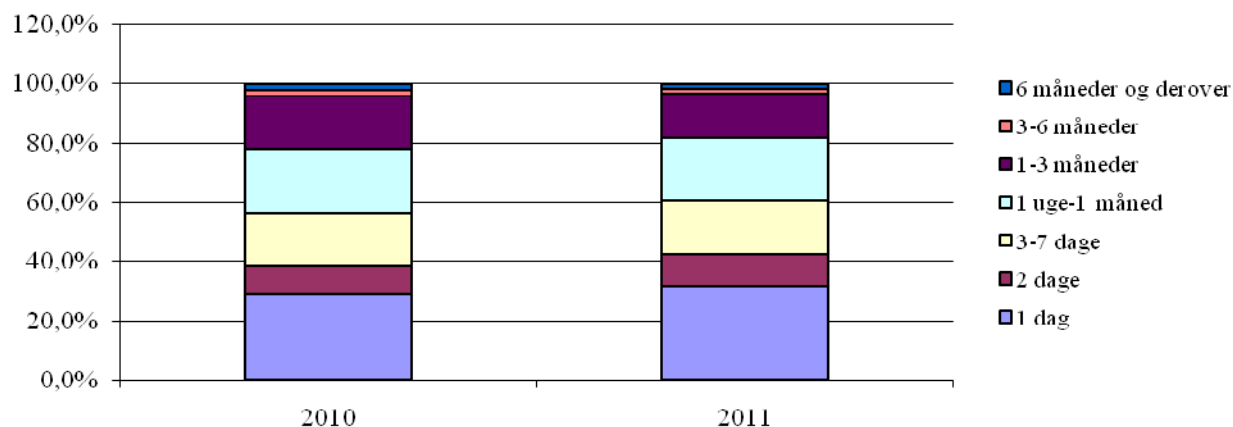
Antal dage/indlæggelser med afregning for færdigbehandling i Psykiatrien



Genindlæggelser i Psykiatrien



Procentvis fordeling af patienter på indlæggelsestider i psykiatrien - 2010-2011



Implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne (1)

Det tidligere Psykiatriens samordningsudvalg har drøftet behovet for at gennemføre audits i forhold til anvendelsen af samarbejdsaftalerne i det daglige arbejde i hhv. kommuner og psykiatriske centre. Til brug for dette arbejde er der forslag om at udarbejde en auditguide - en opgave, der fortsat udestår, men som vil kunne varetages af den kommende tværsektorielle udviklingsgruppe vedr. psykiatri.

Der skal desuden udarbejdes en beskrivelse af opgavefordelingen mellem hhv. kommuner/almen praksis/privatpraktiserende speciallæger og Region Hovedstadens Psykiatri. Denne opgave udestår fortsat, men vil med fordel kunne varetages af den kommende udviklingsgruppe vedr. psykiatri.

Rehabilitering af mennesker med sindslidelse (2)

Psykiatrisk Center København og Københavns Kommune evaluerer pt. et pilotprojekt om IMR (Illness Management and Recovery). IMR er et struktureret og systematiseret undervisningsbaseret rehabiliteringsprogram, der er udviklet til at hjælpe mennesker med alvorlige sindslidelser med at erhverve sig viden om og udvikle strategier til at mestre den psykiske lidelse samt opsætte individuelle og meningsfulde mål for tilværelsen. Når der foreligger resultater, vil disse blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning om en generel implementering.

Særligt udsatte patienter

Særligt udsatte patienter dækker over følgende undergrupper; sindslidende med misbrug, sindslidende med kriminalitet/dom til behandling, sindslidende som er svære at fastholde i behandling og hjemløse med sindslidelser.

Der er iværksat en række konkrete projekter i forhold til disse målgrupper, herunder flere projekter med fokus på dobbeltdiagnoser, gadeplansteam til hjemløse i Københavns Kommune, psp-samarbejder (politi-socialt myndigheder-psykiatri)mv. Når der foreligger resultater for projekterne, vil de blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning om en generel implementering.

Beskæftigelsesindsatsen

Region Hovedstadens Psykiatri og Beskæftigelsesregion Hovedstaden og Sjælland, der er en myndighed under Beskæftigelsesministeriet, har indgået en samarbejdsaftale med henblik på at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og jobcentrene. Der har været afholdt en fælles konference, og der udarbejdes pt. et koncept for undervisningsmoduler for medarbejdere i jobcentre og psykiatrien med henblik på gensidig opkvalificering af viden om begge systemer samt netværksdannelse.

Der er desuden iværksat konkrete projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem jobcentre og Region Hovedstadens Psykiatri, herunder et projekt med støtte fra 50 mio. kr. puljen vedr. tidlig opsporing af unge med tilknytning til jobcentre, hvor der samtidig er mistanke om psykisk lidelse.

Tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelse

Der er indsendt ansøgning om midler til et projekt, der skal tilvejebringe evidens for, om shared care i form af collaborative care kan anvendes med effekt i dansk kontekst i forhold til patienter med angst og depression.

Der er også iværksat telefonrådgivning fra psykiatriske centre til praktiserende læger i forhold til patienter med spiseforstyrrelser og dobbeltdiagnoser. Endelig er der et projekt i gang om tidlig

opsporing i et samarbejde mellem Rigshospitalet, Københavns Kommune og Ballerup Kommune om på et tidligt tidspunkt at spotte adfærd, der giver mistanke om en psykisk lidelse samt at få iværksat behandling så tidligt som muligt i forløbet.

Når der foreligger resultater, vil disse blive drøftet i samordningsudvalgene i planområderne og vurderet med henblik på beslutning i Den administrative Styregruppe om generel implementering.

Fælles videndeling og kompetenceudvikling

Der udestår en opgave med at sætte fokus på videndeling, men denne vil med fordel kunne varetages af den tværgående udviklingsgruppe i forhold til afdækning af det konkrete behov for fælles videndeling og kompetenceudvikling og på den baggrund iværksætte tværgående initiativer, f.eks. "fælles skolebænk" på psykiatriområdet, temadage mv.

Fysisk sundhed for psykisk syge

Region Hovedstadens Psykiatri har sat fokus på arbejdet med fysisk sundhed hos psykisk syge og vil bl.a. styrke den somatiske udredning i akutmodtagelserne, under indlæggelse og i den ambulante psykiatri. Der arbejdes med planer i forhold til KRAM faktorer og det metaboliske syndrom. Udviklingen af den tværsektorielle indsats i forhold til denne målsætning vil blive drøftet i de planområdedækkende samordningsudvalg.

Medicinering

Som supplement til indsatsområdet medicin, der varetages i den tværgående udviklingsgruppe om medicin, er der på psykiatriområdet behov for at udvikle samarbejdet mellem kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis, både i forhold til udveksling af viden om rationel medicinanvendelse, bivirkninger og korrekt medicinadministration.

Der er generelt et meget skærpet fokus på medicinering af mennesker med psykisk sygdom, herunder i forhold til patienter med ophold i botilbud. Der vil være et afledet behov for at styrke samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og personalet på botilbud om medicinadministration.

Konkretisering af et eventuelt undervisningsbehov vedr. medicinering udestår fortsat men vil kunne varetages af en tværgående udviklingsgruppe, da der er tale om et generelt og regionsdækkende behov.

Fokusområder i 2013 og frem

Når udviklingsgruppen vedr. psykiatri er nedsat, bør gruppen gennemgå målene med henblik på at tilrettelægge indsatser, der understøtter målsætningerne.

Et oplagt indsatsområde for resten af aftaleperioden vil være, at se på hvordan en helhedsorienteret indsats omkring det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb fremmes, samt hvordan fysisk træning og sundhedsfremme kan indarbejdes i en helhedsorienteret strategi.

Et andet potentielt indsatsområde vil være at sætte fokus på behandling og udredning af borgere med lettere psykiske lidelser, med henblik på at undgå udstødelse fra arbejdsmarkedet.

9. Svangreomsorg

Mål

1. At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler
2. At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger

Arbejdsdeling (1)

Der blev i efteråret 2011 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som fik til opgave at udarbejde en konkret operationel ramme for arbejdsdelingen mellem parterne for alle typer fødsler, herunder hjemmefødsler og ambulante fødsler, så det sikres, at der i alle tilfælde sker den fornødne opfølgning fra jordemoder, sundhedsplejerske og almen praksis. Arbejdsgruppen skal komme med forslag til videreudvikling af samarbejdet mellem fødestedet, den kommunale sundhedspleje og almen praksis for at styrke den faglige synergi generelt og i særlig grad i forhold til fortsat udvikling af den indsats, som rettes mod sårbare gravide, dvs. gravide/barslende kvinder med medicinske, sociale eller psykologiske problemstillinger

Arbejdsgruppen afventer i øjeblikket, at Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen bliver offentliggjort, da disse sandsynligvis har en karakter, som gør yderligere konkretisering overflødig.

Der er i efteråret 2011 udgivet en pjece, som – for første gang – samler alle relevante oplysninger og tilbud under graviditet, fødsel og barsel på tværs af regionen.

Styrket indsats for udsatte grupper (2)

I 2012-2014 er der afsat midler fra 50 mio. kr. puljen til opfølgende hjemmebesøg efter fødslen hos socialt udsatte kvinder i gruppe 3 og 4.

I Region Hovedstadens budget for 2013 er der afsat midler til at gennemføre de sidste anbefalinger i fødeplanen, hvilket også kommer de sårbare grupper til gode. Herudover er der afsat 4,5 mio. kr. til fødselsforberedelse i mindre hold til alle gravide.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i de kommende år være relevant at følge udviklingen på hele fødeområdet og samarbejdet mellem parterne på området, herunder udviklingen i antal af genindlæggelser af nyfødte. Såfremt Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger giver anledning til yderligere indsatser, vil arbejdsgruppen tage fat på dette.

10. Børn

Mål

1. *At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer*

Udvikling af samarbejdsmodel (1)

Der er i foråret 2012 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe under udviklingsgruppen vedr. data om økonomi og aktivitet, som har arbejdet med at udvikle og udarbejde en dataanalyse af forekomsten af livsstilsrelaterede sygdomme hos børn. Herudover har gruppen haft fokus på at opstille indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospitalerne for livsstilsrelaterede sygdomme. Resultatet af gruppens arbejde forventes at kunne samles i en rapport ultimo 2012.

På lokalt plan er der blandt andet med støtte fra Forebyggelsespuljen gennemført et tværsektorielt projekt om samarbejdsmodel vedr. overvægtige skolebørn mellem Hillerød Hospital og Rudersdal og Helsingør Kommuner. Projektet udvides nu til også at omfatte Frederiksberg Kommune.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil med afsæt i resultaterne af arbejdsgruppens dataanalyse og ud fra erfaringer med de igangværende projekter være fokus på udvikling af en samarbejdsmodel vedrørende børn.

11. Komplekse udredningsforløb

Mål

1. *I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling.*

Komplekse udredninger (1)

For mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer vil forløbsprogrammerne inden for få år betyde mere strømlinede udredningsforløb. Der vil imidlertid fortsat være mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, som ikke vil være omfattet af forløbsprogrammerne. Det gælder f.eks. borgere med whiplash (piskesmæld), fibromyalgi eller andre svært diagnosticerbare sygdomme. For disse grupper af borgere gælder, at de ofte gennemgår en langvarig, kompliceret og til tider ukoordineret udredningsproces, inden der stilles en korrekt diagnose og indledes relevant behandling.

I Sundhedsaftalen er det derfor aftalt, at der skal igangsættes et eller flere projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose, og igangsættes en konkret behandling.

Fokusområder 2013 og frem

Arbejdet med målsætningen forventes i at blive igangsat i 2013. Det indledende arbejde på dette nye område i sundhedsaftalen har vist, at der er behov for en kortlægning af eksisterende viden og tilbud. Det forventes derfor, at der i foråret 2013 gennemføres et pilotprojekt, der skal skabe grundlag for at iværksætte relevante, gennemførlige og virksomme initiativer i forhold til at afkorte komplekse, langvarige udredningsforløb.

12. IT, elektronisk kommunikation og teknologi

Mål

1. Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten
2. Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
3. At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT - understøttes
4. At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi, og at der gennemføres tværsektorielle forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger
5. At der sker indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse
6. At sikre, at eksisterende og kommende MedCom-standarder implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten
7. At konsolidere nuværende aktiviteter – herunder monitorering af fremdrift
8. At styrke elektronisk kommunikation i psykiatrien
9. At sikre den tværsektorielle implementering af det ”Fælles Medicin Kort” (anvendelsen håndteres særskilt i afsnittet vedrørende Medicin)
10. At implementere elektroniske fødselsanmeldelser og vandrejournal

Samarbejdsstruktur (1)

Udviklingsgruppen for IT og informationsudveksling varetager det overordnede samarbejde om den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten. IT-udviklingsgruppen har som sit primære formål at sikre at de nationale MedCom standarder til kommunikation mellem parterne i sundhedstrekanten implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation. IT-udviklingsgruppen står for udarbejdelse af årlige forslag til en samlet tids- og handleplan for implementering af den IT-baserede kommunikation mellem parterne.

For at styrke implementeringen af tværsektoriel elektronisk kommunikation på de enkelte hospitaler, i de enkelte optagerkommuner og i almen praksis, er der nedsat et IT-samordningsudvalg (IT-SOU) for hvert af de 4 planområder samt for psykiatrien. IT-samordningsudvalgene refererer til samordningsudvalgene under Den administrative Styregruppe.

Elektronisk kommunikation (2, 3,6,9,10)

Allerede i dag sker en stor del af kommunikationen mellem hospitaler, kommuner og praksis sektoren elektronisk. Således sendes godt 90 pct. af henvisningerne fra de praktiserende læger til hospitalerne elektronisk. Fra hospitalerne fremsendes 84 pct. af epikriserne til de praktiserende læger elektronisk.

Den elektroniske genoptræningsplan (GOP) er indført i hele sundhedstrekanten. Kommunerne modtager således genoptræningsplanerne elektronisk fra hospitalerne og de alment praktiserende læger har læseadgang til disse.

De alment praktiserende læger kan sende elektronisk henvisninger (REF 01) til kommunale forebyggelsestilbud og de fleste kommuner kan modtage disse. Også hospitalerne kan sende elektroniske henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.

I skrivende stund er de fire elektroniske MedCom standarder (fælles nationale standarder) omkring tværsektoriel kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse samt korrespondance meddelelsen ved at blive udrullet på regionens hospitaler og kommunerne i hovedstadsregionen. Der er tale om følgende tværsektorielle kommunikationsredskaber:

- indlæggelsesrapport fra kommuner til hospital
- plejeforløbsplan fra hospital til kommune
- melding om færdigbehandling fra hospital til kommune
- udskrivningsrapport fra hospital til kommune
- korrespondancemeddelelsen til patientrelateret kommunikation, der ikke dækkes af de øvrige standarder – mellem hospital, kommuner og almen praksis

Region Hovedstaden har implementeret det Fælles Medicin Kort (FMK) på samtlige hospitaler, men grundet tekniske problemer med FMK er anvendelsen pt. sat i bero. Ca. 1/3 af de praktiserende læger har ibrugtaget FMK.

Der er udarbejdet en MedCom standard ”Den Gode fødselsanmeldelse” til fremsendelse af elektronisk fødselsanmeldelser fra hospitaler til kommuner. Samtlige kommuner i hovedstadsregionen er teknisk og organisatorisk klar til at modtage den elektroniske fødselsanmeldelse. Regionen forventer at opstarte den tekniske implementering i slutningen af 2012 og pilotteste primo 2013.

I regi af MedCom arbejder kommuner, regioner og praksissektor sammen om at udvikle og implementere en national standard for deling af kronikerdata. Lokalt arbejdes der med udvikling af en tværsektoriel klinisk kvalitetsdatabase (rehabiliteringsdatabase), som kvalitetsmonitorerer den tværsektorielle rehabiliteringsindsats blandt borgere med kronisk sygdom.

Der er også i regi af MedCom nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal kortlægge kommunikationsbehovet i psykiatrien, samt de opgaver der er forbundet med udbredelse og anvendelse på psykiatriens område, såvel regionalt som kommunalt. Herunder er det også målet at få klarhed over evt. ændringsbehov af eksisterende MedCom standarder, så de bliver anvendelige på psykiatriens område. Region Hovedstaden og 3 kommuner fra hovedstadsregionen deltager i dette arbejde.

Telemedicin (4,5)

Region Hovedstaden er ved at etablere et Center for Telemedicin. Foruden kortlægning og dokumentation af de organisatoriske og sundhedsfaglige effekter af telemedicin, skal centeret tillige stå for opgaven med en systematisk tværsektoriel kortlægning over telemedicinske løsninger og projekter i hovedstadsregionen. Det er også dette center, der i samarbejde med de øvrige parter i sundhedstrekanten vil stå for at udarbejde en tværsektoriel strategi for udnyttelse

af muligheder i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi samt tværsektorielle forsøg med anvendelse af ny teknologiske muligheder.

Monitorering (7)

For at sikre fremdrift og konsolidere indsatserne med indførelse af elektronisk kommunikation i sundhedstrekanten monitorer Region Hovedstaden i dag på anvendelse af elektronisk kommunikation inden for:

- epikriser fremsendt til praktiserende læger andel og rettidighed
- antal og rettidighed med hensyn til udskrivelses-adviser fra hospital til kommuner
- antal henvisninger fra praktiserende læger til hospitaler – andel

Det er planlagt at der også skal monitoreres på elektroniske genoptræningsplaner og bookingsvar fra hospitaler til praktiserende læger. I forbindelse med udrulning af de 4 MedCom standarder vedrørende indlæggelser og udskrivning samt korrespondance meddelelsen, er det mellem regionen og kommunerne aftalt, at der ligeledes skal monitoreres på anvendelse og rettidighed. I regi af Danske Regioner, er der udarbejdet én fælles regional skabelon for monitorering af anvendelsen af Det Fælles Medicin kort på regionalt niveau. Region Hovedstaden er klar til at anvende denne skabelon til monitorering, så snart Det Fælles Medicin kort startes op igen.

Fokusområder i 2013 og frem

Det vil være et fokusområde at sikre evalueringen af implementering af Kommunikationsaftalen og de nye MedCom-standarder til elektronisk kommunikation ved indlæggelser og udskrivninger af borgere. Det er i den sammenhæng vigtigt, at der fokuseres på konsolidering og monitorering af fremdrift i anvendelsen på det somatiske område, inden der arbejdes videre med implementering på det psykiatriske område (8).

I forhold til Det Fælles Medicinkort vil der i 2013 og frem være fokus på at følge udviklingen omkring ibrugtagning.

Et andet oplagt fokusområde kunne være, at der i tværsektorielle projekter om anvendelse af nye teknologiske løsninger er fokus på, hvordan overdragelse af opgaver fra hospital til kommuner og praksissektor planlægges, styres og aftales.

13. Hygiejne

Mål

1. *Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne*
2. *Der indgås senest i 2012 samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen*

Hygiejnerådgivning (1)

Regionsadministrationen har udarbejdet et forslag vedr. konkretisering af den rådgivning, som regionen vederlagsfrit kan tilbyde kommunerne på hygiejneområdet (minimumsmodellen). Forslaget blev godkendt af Den Administrative Styregruppe i september 2011. Formålet med rådgivningen er, at understøtte kompetenceudviklingen i kommunerne i relation til en hensigtsmæssig håndtering af det infektionshygiejniske område.

Rådgivningen fokuseres omkring infektionshygiejne og multiresistente mikroorganismer. Og vil helt overvejende blive ydet gennem netværksmøder og korte kursusforløb. Rådgivningen er målrettet centrale aktører i de kommunale hygiejneorganisationer – og kommunerne kan stille med to personer, så der er mulighed for at dække såvel ”børn” som ”ældre og handicapområdet”. Det er afgørende, at der er ledelsesmæssig opbakning til at bruge tid på at videreformidle den indhøstede viden i egen organisation.

I efteråret 2012 er der gjort status over rådgivningen. Data er indsamlet gennem en drøftelse med netværkspersoner fra hospitalerne og en online spørgeskema-undersøgelse blandt social- og sundhedschefer i kommunerne.

20 ud af 29 kommuner deltog i undersøgelsen, som viser, at regionens vederlagsfri rådgivning understøtter kompetenceudviklingen i kommunerne på det infektionshygiejniske område.

Evalueringen peger dog også på nogle udviklingstiltag. Der er således en del kommuner, som ikke deltager i netværksmøderne med aktører fra både børneområdet og ældre-/handicapområdet. Der er ligeledes flere kommuner, der ikke har faste procedure for videreformidling af ny viden fra hygiejnenetværkene. Evalueringen peger endvidere på, at der er behov for fokus på hospitalerne formidling af oplysninger omkring håndtering af smitsom sygdom i forbindelse med udskrivninger. Endelig giver flere kommuner og hospitaler udtryk for at der kan være behov for rådgivning, der rækker ud over minimumsmodellen.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil være fokus på konsolidering af samarbejdet på hygiejneområdet. Herudover skal det drøftes om der skal ske udvikling af rådgivningsmodellen, som giver mulighed for, at kommunerne kan tilkøbe ydelser.

14. Patientsikkerhed

Mål

1. Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange
2. At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser
3. At sikre, at regionens erfaringer fra arbejdet med utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en fælles kompetenceudvikling i alle sektorer

Arbejdet med patientsikkerhed er forankret i udviklingsgruppen for utilsigtede hændelser. Udviklingsgruppen blev nedsat i 2011 med det formål at sikre koordineret læring og erfaringsopsamling vedrørende utilsigtede hændelser.

Ramme for samarbejdet (1,2)

Udviklingsgruppen har uarbejdet en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange. Rammen for samarbejdet blev godkendt i marts 2012 og er i store træk implementeret. Tilbagemeldingerne omkring udbyttet af dialog omkring tværsektorielle utilsigtede hændelser både generelt og dialog om de mere lavpraktiske udfordringer er positive. Og det er den generelle vurdering, at organiseringen af samarbejdet danner en god ramme for identificering af risici og forbedring af kvalitet og sikkerhed.

Samarbejdet med almen praksis blev ikke medtaget i den ovennævnte ramme. I stedet blev det aftalt, at der skulle arbejdes videre med et tillæg til rammen vedrørende almen praksis. Udviklingsgruppen har på den baggrund udarbejdet et forslag til en organisering, hvor de tværsektorielle patientsikkerhedsfora, der skal nedsættes under hvert samordningsudvalg tænkes en central rolle. Etableringen af patientsikkerhedsforaene er imidlertid ikke endeligt på plads under alle samordningsudvalg, og udviklingsgruppen har derfor indstillet, at konsolidere den allerede aftalte organisation, inden den udvides med almen praksis.

Kompetenceudvikling (3)

Der er afholdt to workshops for risikomanagere i region og kommuner og efterfølgende etableret et tværsektorielt netværk, som har haft første møde.

De to workshops var præget af problemer med rapporteringsdatabasen. Men netværksmødet, som initierede erfaringsudveksling af konkrete problemer fik meget fin evaluering. Udvalgte risikomanagere fra kommunerne har desuden været inviteret til et todages seminar om kerneårsagsanalysemetoden med henblik på at kommuner og region i fællesskab videreudvikler metoden til tværsektoriel brug.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i 2013 være fokus på at konsolidere organiseringen af det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde samt i projektform at afprøve forskellige former for samarbejde om utilsigtede hændelser mellem almen praksis og kommuner.

De afprøvede projekter vil derefter skulle bruges som erfaringsgrundlag til en beslutning om organisering af patientsikkerhedsarbejdet mellem kommune og almen praksis samt i forhold til utilsigtede hændelser, hvor alle tre sektorer er involveret.

15. Medicinering

Mål

1. *At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
2. *At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
3. *At sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift*
4. *At forebygge utilsigtede hændelser (UTH) og unødvendige genindlæggelser som følge af medicineringsfejl*
5. *At alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i behandling, udveksler og har let adgang til tidstro opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering*

Samarbejdsmodel på medicinområdet (1)

Der er i sommeren 2012 nedsat en tværsektoriel udviklingsgruppe, som skal udvikle og understøtte medicinområdet i et tværsektorielt perspektiv.

Udviklingsgruppens opgaver er:

- At beskrive arbejdsgange og bidrage til udvikling af aftaler vedr. dosisdispensering, evt. som et supplement til kommunikationsaftalen vedr. indlæggelser og udskrivninger
- At skabe overblik over eksisterende metoder til medicingennemgang og medicinsanering, både hos borgere, som bor i eget hjem og hos borgere i kommunale botilbud
- At præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektoren og kommunerne med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation
- At beskrive regionens generelle rådgivningsforpligtelse

Det fælles medicinkort (2)

Udviklingsgruppen har ikke aktuelt en opgave i forhold til Fælles Medicinkort (FMK), men kan – ifølge kommissoriet – få det på bestilling fra Den Administrative Styregruppe, når FMK udrulles i 2013. I øjeblikket har udviklingsgruppen for it og informationsudveksling denne opgave. For beskrivelse af status se kapitel 11 s. 31.

Medicinering og utilsigtede hændelser (3,4,5)

Der er nedsat to underarbejdsgrupper, som skal udarbejde oplæg vedr. opgaverne relateret til dosisdispensering og medicingennemgang.

Udviklingsgruppen forventer at formulere indstillinger vedr. potentielle indsatser på medicinområdet i maj 2013.

Fokusområder i 2013 og frem

Der vil i resten af aftaleperioden være fokus på, at udviklingsgruppen generelt får taget fat på arbejdet med målsætningerne på medicinområdet samt koordinere viden og indsats i forhold til implementering af Fælles Medicin Kort, idet fælles viden om patienter og borgeres medicin er en forudsætning for gode og sikre forløb. Implementering af Fælles Medicin Kort samt at følge udviklingen omkring ibrugtagning af FMK er et prioriteret indsatsområde.

16. Ulighed i Sundhed

Mål

1. *At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt*
2. *At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud*
3. *At der i aftaleperioden iværksættes yderligere tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed*

Sundhedsprofilen (1, 2)

Arbejdet med ulighed i sundhed går på tværs af de enkelte indsatsområder. Det er et væsentligt element i forhold til regionens rådgivningsforpligtigelse, men også inden for en række andre områder, er der stort fokus på ulighedsdimensionen - herunder i arbejdet med forløbsprogrammerne.

Som en del af regionens rådgivningsforpligtigelse overfor kommunerne er det aftalt, at der skal udarbejdes en sundhedsprofil. Der er foreløbigt udarbejdet to sundhedsprofiler (2007 og 2010). Den næste sundhedsprofil udarbejdes i 2013 og bliver offentliggjort i første halvår af 2014.

At udarbejdelsen af sundhedsprofilen gentages med nogle års mellemrum betyder, at man kan følge udviklingen i borgernes sundhedstilstand over tid. Den kan dermed anvendes i forbindelse med vurdering af regionale og kommunale indsatser på sundhedsområdet – herunder i forhold til vurdering af indsatser, som iværksættes med henblik på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Der er igangsat en lang række projekter, der har direkte fokus på den sociale ulighed og særligt sårbare grupper. I kroniker-programmets projekt om forløbskoordination er målgruppen f.eks. særligt sårbare demente. Der er ligeledes med støtte fra Region Hovedstadens pulje til udsatte borgere iværksat bilaterale projekter i 2012 om udvikling af forløbsprogram for borgere med multisygdom og en model for shared-care i forhold til patienter, der har både psykisk og somatisk sygdom.

Også samarbejdsprojekter i forhold mennesker med dobbelt diagnoser (misbrug/psykiatri) har i 2012 opnået støtte via Region Hovedstadens pulje til udsatte borgere.

I forhold til forløbsprogrammerne vil der på baggrund af den forestående evaluering blive udarbejdet forslag til konkrete initiativer, der kan bidrage til at mindste den sociale i adgang til og brug af forløbsprogrammerne.

Fokusområder i 2013 og frem

Der er behov for, at der arbejdes systematisk med at få indsamlet erfaringer fra de mange igangværende projekter. Herigennem skal der opnås mere viden om hvilke indsatser, der virker i forhold til forebyggelse af den sociale ulighed i sundhed. Evalueringen af forløbsprogrammerne vil kunne bidrage til denne kortlægning. Herudover er det relevant at få iværksat tværsektorielle forskningsaktiviteter på området (3).

17. Forskning

Mål

1. *At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses-, behandlings- og genoptræningstilbud*
2. *At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område*

Organisatorisk ramme for forskningssamarbejde (2)

Der i regi af den administrative styregruppe arbejdet med udvikling af forslag til etablering af en organisatorisk ramme for samarbejdet mellem kommuner og Region Hovedstaden på forskningsområdet inden for sundhedsaftalens område. Forslaget indebærer, at samarbejdet bygges op og udvikles gennem såkaldte "forskningscirkler", der understøttes ved etablering af en tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed.

For at understøtte arbejdet i forskningscirklerne, og sikre den videre formidling og implementering af cirklernes arbejde, skal der etableres en tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed (TFI) med forsknings- og generalistkompetencer. Forskningsenheden skal facilitere de forskellige faser i forskningscirklernes arbejde og sikre, at forskningsresultater videreformidles til relevante institutioner og aktører. Der i Region Hovedstadens budget for 2013 afsat midler til etablering af den tværsektorielle forsknings- og implementeringsenhed.

Fokusområder i 2013 og frem

Der være fokus på implementering af den tværsektoriel forsknings- og implementeringsenhed. Herunder på igangsættelse af forskningscirkler og fælles forskningsprojekter der understøtter mål 1.

18. Fremtidige fokusområder

Region Hovedstaden og kommunerne har gennem de seneste to år arbejdet målrettet med udvikling og konkretisering af de fælles målsætninger, der er aftalt i Sundhedsaftalerne for 2011 – 2014.

Denne Midtvejsstatus viser, at parterne - inden for en lang række områder - er kommet langt med at udvikle og implementere tilbud og aktiviteter, der understøtter koordination, kvalitet og sammenhæng i mellem sundhedstilbuddene.

På trods af den store indsats, er der imidlertid fortsat borgere, som ikke oplever en tilstrækkelig grad af sammenhæng mellem de kommunale og regionale sundhedstilbud.

Sundhedsvæsenet vil også i de kommende år stå over for store udfordringer. Den demografiske udvikling betyder, at der vil blive flere ældre mennesker og flere mennesker vil få en kronisk sygdom. Det betyder stigende efterspørgsel på sundhedstilbud, mens de økonomiske muligheder for vækst i sundhedsvæsenet vil være stærkt begrænsede.

Den igangværende evaluering af strukturreformen kan resultere i både ændret opgavefordeling og skærpede krav til samarbejdsformerne. Der er ligeledes varslet en revision af bekendtgørelse og vejledning for sundhedsaftalerne, og herigennem kan der også opstå nye krav til samarbejdet om sundhedsaftalerne.

De præcise rammer for det fremtidige samarbejde omkring sundhedsaftalerne kendes derfor ikke. Men mange af udfordringerne kender vi!

Arbejdet med den næste generation af sundhedsaftaler må derfor gå ad flere samtidige spor:

Der er behov for et stort og forsat fokus på konsolidering og videreudvikling af de nuværende sundhedsaftaler. Samtidig skal fokus rettes mod nytænkning og nye innovative løsninger.

Afprøvning af samarbejdsmodeller

Der må arbejdes på at sikre synergi og sammenhæng mellem kommunernes og almen praksis' nære sundhedstilbud og tilbuddene inden for det specialiserede sygehusvæsen. Der skal derfor sættes fokus på afprøvning af samarbejdsmodeller.

Der er allerede igangsat en række projekter, hvor nye samarbejdsmodeller afprøves blandt andet med fokus på rehabilitering og forebyggelse af indlæggelser gennem en tidlig fælles indsats. Der er således igangværende udviklingsprojekter om bl.a. udgående akut-funktioner, forløbskoordination og fælles udredningsenheder.

Den innovationstækning bør fortsættes - og udbredes til flere indsatsområder i den næste generation af Sundhedsaftaler.

Opgaveoverdragelse

Sundhedsvæsenet udvikles løbende. Forandringer hos en part får betydning for de øvrige parter opgaveoverdragelse. Der vil derfor også i de kommende år være behov for, at opgaveoverdragelse finder sted planlagt, styret og aftalt. Udviklingen skal monitoreres tæt blandt andet gennem audits. Herudover er det relevant at drøfte, om arbejdet med en koordineret opgaveoverdragelse med fordel kan understøttes mere systematisk - f.eks. gennem flere fælles kompetenceudviklingsprogrammer.

IT-området

Der er i arbejdet med de nuværende sundhedsaftaler et stort fokus på at forbedre muligheden for hurtig og sikker udveksling af data. Herunder er der lagt mange ressourcer i arbejdet med implementering af nationale standarder for it-understøttelse. Der er imidlertid fortsat store udfordringer i forhold udveksling af data på tværs. Der vil derfor også fortsat være behov for at fokusere på, hvordan dataudveksling håndteres til størst mulig gavn på tværs af sektorerne.

Praksisområdet

Almen praksis er ikke formel aftalepart i forhold til sundhedsaftalerne. Uden et tæt og koordineret samarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis kan der imidlertid ikke skabes koordination og sammenhæng. Almen praksis har derfor en helt central rolle i arbejdet omkring sundhedsaftalerne.

Med godkendelse af plan for Sundhedsaftalens fælles udviklingsopgaver mellem hospitaler, kommuner og almen praksis blev der i 2012 taget et væsentligt skridt i retning af at sikre en tættere integration mellem parterne. Dette fokusområde bør derfor fastholdes i de kommende sundhedsaftaler. Samtidig er der behov for at drøfte hvilke andre redskaber, der kan bruges i arbejdet for at sikre en tættere kobling mellem udviklingstiltag i almen praksis, kommunerne og på hospitalerne.

Der er herudover behov for at drage andre dele af praksisområdet ind i arbejdet med sundhedsaftalerne. F.eks. har de privat praktiserende psykiatere en stor rolle at spille i relation til indsatser omkring tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser.

Ulighed i sundhed

Sundhedsprofilerne viser, at der fortsat er en stor social ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed er beskrevet som et særligt indsatsområde, men det er også et central tema under andre indsatsområder. Forløbsprogrammerne, indsatser i forhold til den ældre medicinske patient og hele afsnittet om mennesker med sindslidelser har fokus på særligt udsatte borgere.

I det videre arbejde er der stort behov for at få afdækket, hvilke tiltag der er virksomme i forhold til at sikre mere lighed i sundhed. Forløbsprogrammer for multi-sygdom og mennesker med sindslidelser kan være et vigtigt aspekt heri. Men i arbejdet med at fremme social lighed i sundhed bør der også tænkes i indsatser og samarbejder, der rækker udover sundhedsvæsenet.

Patientperspektivet

De nuværende sundhedsaftaler har grundlæggende et systemperspektiv. Hermed menes, at sundhedsaftalerne overvejende beskriver samarbejdet mellem de fagprofessionelle inden for de forskellige sektorer.

Brugerperspektivet er inddraget, men primært gennem beskrivelser af retningslinjer for de fagprofessionelles kommunikation med borgeren.

I forhold til næste generation af sundhedsaftaler bør vi derfor drøfte, hvordan bruger- og pårørendeperspektivet får en mere fremtrædende plads. Herunder bør drøftes, hvordan brugere og pårørende kan involveres direkte i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Et særligt fokus bør rettes på at sikre direkte inddragelse af særligt sårbare grupper.