

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 V17 15.06.2015 IMPLAN 16 (DAS 25.sept og SKU 2. okt)									
Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart									
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer									
Farvekode: Lighed i sundhed									
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet									
Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.									
<p>Faseopdeling: Fase 1 er den indledende administrative fase hvor kommissorier udarbejdes ud fra en overordnet beskrivelse af arbejdsopgaven og godkendes i DAS. Udpegningsprocessen gennemføres og arbejdsgruppen etableres og der indkaldes til 1. møde. Fase 2 indeholder den forberedende fase hvor arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer projektbeskrivelse/plan for opgaveløsningen som evt skal godkendes af DAS. Arbejdsgruppen løser opgaven i henhold til kommissoriet og leverer produkter til godkendelse i DAS. Der indgår eventuelt en høringsfase og/ eller en pilotafprøvning. Fase 3 indeholder forberedelse af implementering. arbejdsgruppens medlemmer skal eventuelt tilpasses af hensyn til inddragelse af de rette kompetencer. Der udarbejdes en implementeringsplan der eventuelt godkendes i DAS. Herefter kommer implementering.</p> <p>Økonomi: Der skelnes mellem to standardformuleringer i forhold til de overordnede økonomibetragtninger: 1) primært personaleressourcer og 2) Ekstra ressourcer til igangsættelse af aktiviteter og efterfølgende implementering</p>									
Indsats nr.	afsnit i SA3	Emne	Indsatsbeskrivelse	Opgaven	Tidsplan eventuelt opdelt i faser	Start	Slutdato	Organisatorisk forankring og ansvar for igangsættelse og gennemførelse af tidsplan	Prioritering
6	3.1	Nye sam	<i>Udvælg og afprøv to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren</i>	<p>Opgaven er afhængig af, at der er aftalt principper jfr indsats 5. Derefter skal der udarbejdes et samlet oplæg til proces og indhold:</p> <p>a. Kriterier for udvælgelse aftales (skal der aftales en 'ansøgningsprocedure', hvilke kriterier skal modelprojektet opfylde, hvilke øvrige hensyn skal være en betingelse for udvælgelse)</p> <p>b. Betingelser for modelprojektets afprøvning aftales (skal der eksempelvis afsættes en central pulje til at understøtte projektets afprøvning, skal der nedsættes et centralt projektsekretariat der kan være behjælpelig med opstart, implementering og drift)</p> <p>c. Krav til dokumentation og evaluering aftales (for at sikre sammenlignelighed på tværs af projekter og dokumentation der kan bruges, hvis et modelprojekt ønskes udbredt af andre aktører eller i andre områder)</p> <p><u>Udvælgelse af modelprojekter</u></p> <p>a. Udvælgelse</p> <p>b. For hvert projekt aftales en konkret udmøntningsplan (opstart, reference til evt. projektsekretariat, datoer for statusmøder, dokumentation og afslutning)</p> <p>Løbende evaluering og afsluttende opsamling/rapport efter en afprøvningsperiode på 1-2 år afhængig af projektets omfang. Evt. afholdelse af en samlet konference/temadag, hvor resultater og erfaringer udbredes til en bred interessentgruppe.</p>	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2. - 4. kvartaler 2016 herunder løbende evaluering efter de aftalte kriterier for dokumentationen. Fase 3: 2017	2016	2018	Arbejdsgruppe vedr. nye samarbejdsformer	2016
7	4.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)</i>	Denne opgave skal ses i sammenhæng med udvikling og afprøvning af differentierede indsatser. Metoderne skal bruges til at identificere sårbare borgere med henblik på, at de skal tilbydes en indsats mere målrettet deres behov. Der er følgende trin i arbejdet med udvikling af metoder: 1) Hvilke kriterier er der for sårbarhed og derved hvilke målgrupper (fx etniske, multisyge etc.) 2) Afgrænsning af problemstillingen, herunder hvilke udfordringer er der knyttet til de forskellige målgrupper. 3) Hvad ved vi om, hvilke metoder der kan bruges til de afgrænsede målgrupper og 4) udvikle eller udvælge metoder	Fase 1: 3+4. kvartal 2016. Fase 2: 2017	2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
8	4.1.1	Børn	<i>For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare famili-er med syge børn.</i>	Der skal udvikles en model for samarbejdet, som sikre bedre hjælp til socialt sårbare familier. Der skal ske en afdækning af målgrupper, dvs. hvor behovet er størst, fx sårbare familier med børn med psykiatriske diagnoser eller familier med børn med specifikke somatiske kroniske sygdomme. Der skal beskrives hvilken type tværsektoriel indsats, som vil hjælpe disse familier. Indsatsen afventer erfaringer fra igangværende initiativer på området [360 grader- projekt for sårbare familier, resultater fra Børnedatabasen Børns Sundhed, herunder analyser fra SIF vedr. kobling med socioøkonomi og LPR]. Afprøvning af model, evaluering og overvejelser omkring evt. udbredelse.	Afventer resultater fra igangværende arbejde. Fase 1 og 2: 3-4. kvartal 2016.	2016	2018	Uafklaret - Børn ?	2016

10	4.2.1	Svangre	<i>For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.</i>	Det er/har været mange lokale tværsektorielle projekter om sårbare gravide. Der er således en vis "projektræthed" på området samtidig med, at der ikke er et samlet overblik over projekterne. Der er således behov for en samlet evaluering af tidligere/igangværende tværsektorielle projekter. Evaluering bør have fokus på, hvilke anbefalinger der vil kunne udbredes bredt for at sikre en bedre indsats over for sårbare gravide.	Fase 1: 2 kvartaler i 2016 Fase 2: Forberedelse og analyse, 3-4 kvartaler i 2016/17 Fase 3: implementering af anbefalinger	2016		Fødeplanudvalg	2016
14	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.</i>	Afventer national juridisk afklaring og beslutning om databasen. Grundlaget for datafangst er beskrevet i overenskomsten og Sundhedsloven. Indsatsen forventes indarbejdet i praksisplanen.	Afventer praksisplan	obli/2016		Administrativt oplæg DAS sekretariatet - Forankret i DAS	2016 Obli
20	5.1.3	Patientsikkerhed	<i>Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.</i>	Opgaven: Informations og læringsspredning.	Opstart medio 2016. Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016		Tidsafgrænset arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed	2016
23	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.</i>	Der pågår allerede rådgivning af kommunerne med udgangspunkt i sundhedsprofilarbejdet herunder strategier for forebyggelse ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS). Denne rådgivning skal udvikles med henblik på anvendelse af data og prioritering af indsatser, herunder skal der foregå en afgrænsning i forhold til specifikke evalueringsprojekter. Desuden skal der være fokus på snitflader til rådgivning i andet regi, eksempelvis fra nationalt niveau. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	1. fase: 1. kvartal 2016. 2. fase: 2.-4. kvartal 2016	2016		styregruppe for sundhedsprofilarbejdet - FCFS	2016
24	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.</i>	A) Vedr. datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og multisygdom, se under pkt. 23. B) Rådgivning vedr. differentierede indsatser udfoldes i takt med, at der høstes erfaringer fra andre indsatser i sundhedsaftalen.	vedr. A) Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2.-4. kvartal 2015. Vedr. B) Faseplan er afhængig af øvrige indsatser i sundhedsaftalen og må derfor afklares senere	2016	2017	Vedr. A) se under pkt. 23. Vedr B) Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
28	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.</i>	Kommunernes behov for let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete forløb for borgere med komplekse behov beskrives, herunder behov for systematisering af adgangen. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	Fase 1: 3.-4. kvartal 2016. Fase 2: 2017	2016		Hospitalsdirektionerne	2016
31	5.1.8	Forskning	<i>For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdspartner i eget forløb.</i>	Forud for igangsættelsen af forskningsprojekterne skal der identificeres områder hvor der er særligt stort behov for at gennemfører tværsektorielt forankrede forskningsprojekter. Herudover skal der identificeres kommuner med interesse og mulighed for at indgå i forskningsprojekter. Processen skal udarbejdes under hensyn til budgetprocessen i de deltagende kommuner. Der skal udarbejdes konkrete oplæg til "forskningsprojekter" og indhentes tilsagn fra involverede kommuner, godkendelse i SKU.	Fase 1: 1. kvartal 2016: Fase 2: 2-3 kvartal 2016: Fase 3: fra 4. kvartal 2016	2016	2018	Styregruppen for tværsektorielt forskningssamarbejde	2016
33	5.2.1	Forebyggelse + rehab	<i>Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)</i>	1) Definere hvilke borger-patientgrupper der er tale om. 2) Indgå lokale aftaler om henvisning til kommunale tilbud forud for operation - denne del af indsatsen skubbes til 2017	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2 og 3: resten af 2016	2016	2017	Samordningsudvalgene	2016

43	5.2.7	Børn	Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	Det skal være nemt at få overblik over, hvilke tilbud der findes til børn i familier med misbrugsproblemer. Der skal træffes beslutning om, om det fx også er SOFT-portalen, der er mest hensigtsmæssig hertil.	Fase I: De nuværende tilbud (primært kommunale) afdækkes og det afklares, hvem der typisk henviser hertil og om der er andre faggrupper, som evt. ikke henviser pga. manglende kendskab. Dvs. målgruppen for formidlingen af tilbuddene skal indkredses. Fase III: Det beslutes, hvad der er mest hensigtsmæssigt mht. synliggørelse. Fase 3: Implementering	2016	2016	Uafklaret - Børn ?	2016
45	5.2.8	Psyk	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	Afventer generisk model for forløbsprogram fra Sundhedsstyrelsen.		2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
48	5.2.9	Psyk	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	Der skal sikres synlighed omkring eksisterende forebyggelsestilbud (sammenhæng til indsats 32) - herefter skal principper aftales. Den konkrete implementering aftales i Samordningsudvalgene.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. kvartal 2016 Fase 3: aftales i Samordningsudvalgene	2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
53	5.3.1	Kommunikation	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	Udarbejdes aftale for området med udgangspunkt i lokale erfaringer.	Der udarbejdes et administrativt udkast til aftale på baggrund af erfaringer i Midt og Bornholm	2016	2016	Administrativt oplæg DAS sekretariatet - Forankret i DAS	2016
55	5.3.2	Kronisk sygdom /DÆMP	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	Følge op på implementering af redskaber til tidlig opsporing, herunder afklaring af, hvorvidt der er behov for understøttende aktiviteter i kommunerne og almen praksis	opstart 2016 med foranalyser	2016		Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016
56	5.3.2.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	Nedsætte arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, almen praksis og hospitalerne (samme som under 29) med henblik på at udarbejde aftaler for det tværsektorielle samarbejde omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. og 4. kvartaler 2016. Fase 3: 2017 og 2018	2016	2018	Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016
57	5.3.2.2	Svangre	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	Nyfødte udskrives i dag meget tidligt efter fødslen, hvilket medfører en del genindlæggelser, typisk som følge af manglende etablering af velfungerende amning. Der er tal, som tyder på en markant stigning, men også metodemæssig tvivl om, hvordan dette opgøres. Der er derfor behov for en analyse på området, som er grundig mht. hvilke diagnoser osv. der medtages. Der er en ny vejledning til dataopgørelse fra SST/SSI, som skal inddrages.	Fase I: Beskrivelse af analyseopgaven . Fase II: Analyse. Fase III: Konklusioner/anbefalinger.	2016	2016	Fødeplanudvalg	2016
59	5.3.4	Medicin	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	Afventer resultatet af FMK tværsektoriel arbejdsgruppen se punkt 17	Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016	2016	Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016

60	5.3.4	Medicin	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	Med udgangspunkt i notat fra marts 2014 om tværsektorielle anbefalinger for medicingennemgang/ajourføring i Region Hovedstaden udarbejdes forslag om en model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning. Når modellen er godkendt udarbejdes en implementeringsplan. Dernæst er opgaven at få modellen implementeret og efterfølgende evalueret.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2., 3. og 4. kvartaler i 2016. Fase 3 : 2017. Fase 4: evaluering 1. kvartal 2018.	2016		Medicinfunktionen på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler	2016
64	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.	Indhold i og organisering af indsatserne beskrives i implementeringsplanerne vedr. implementering af forløbsprogrammerne for rehabilitering af erhvervet hjerneskade for hhv. børn/unge og voksne (jf. indsats 63).	Der foretages en prioritering ift. opstart af de enkelte indsatser i hhv. 2016 og 2017 på baggrund af økonominotat og implementeringsplaner	2016	2018	Arbejdsgrupperne vedr. implementering af forløbsprogram for rehabilitering af erhvervet hjerneskade. Når planen er godkendt, overdrages ansvar for implementering til SOU samt de enkelte hospitaler og kommuner	2016
65	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.	Skal håndteres i forbindelse med revision af programmet - se indsats 66	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
66	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.	At revidere forløbsprogrammet i løbet af 2015 med endelig godkendelse i DAS primo 2016. Se indsats 65. Fortsat implementering af det nuværende program med særligt fokus på almen praksis. - obs til praksisplanen.	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
67	5.4.1	Forebyggelse + rehab	For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.	Sikre videndeling og best practice på området. Sag til SFR ortopædkirurgi?		2016		Hospitalsdirektionerne	2016