



SAMARBEJDSPROJEKTER og
SAMARBEJDSMODELLER mellem
KOMMUNER OG REGIONER

Forord

Hvis borgerne, patienterne eller politikerne nationalt, som regionalt og lokalt ikke har indtryk af, at Danmark har et samarbejdende sundhedsvæsen – så tager de fejl. Der samarbejdes meget, rigtig meget, mellem aktørerne i sundhedsvæsenet – hospitaler, kommunerne og praksissektoren, herunder særligt almen praksis. Og samarbejdet udfoldes til stadighed inden for nye faglige, organisatoriske og teknologiske rammer.

Sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, teknologiske satsninger og støtteordninger, samt ikke mindst lokale samarbejdsstrukturer har gennem de seneste år hjulpet denne udvikling vældig godt på vej.

Ideerne og engagementet blomstrer, særligt i det nære samarbejde.

Men det er ikke det samme som at Danmark har et fuldstændigt sømløst sammenhængende sundhedsvæsen, at borgeren altid føler sig i centrum af patientforløbet, at vi har elimineret ressourcespild og fejl, eller at vi har optimeret kvaliteten i behandlingen.

Vi er på vej mod "Det hele sundhedsvæsen", men stadig langt fra i mål.

Der er barrierer på vejen i form af manglende fælles visioner for indsatsen, forskellige kulturer, viden og kompetencer, økonomisk uhensigtsmæssige incitament, teknologiske platforme der ikke taler sammen – men mest af alt mangler vi overblik og fælles prioritering af de modeller, metoder og indsatser, der bør sættes på i stor skala. Vi skal have løftet samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører fra at være lokalt forankrede pilotprojekter, til at være fuldt integreret i driften i de enkelte sektorer.

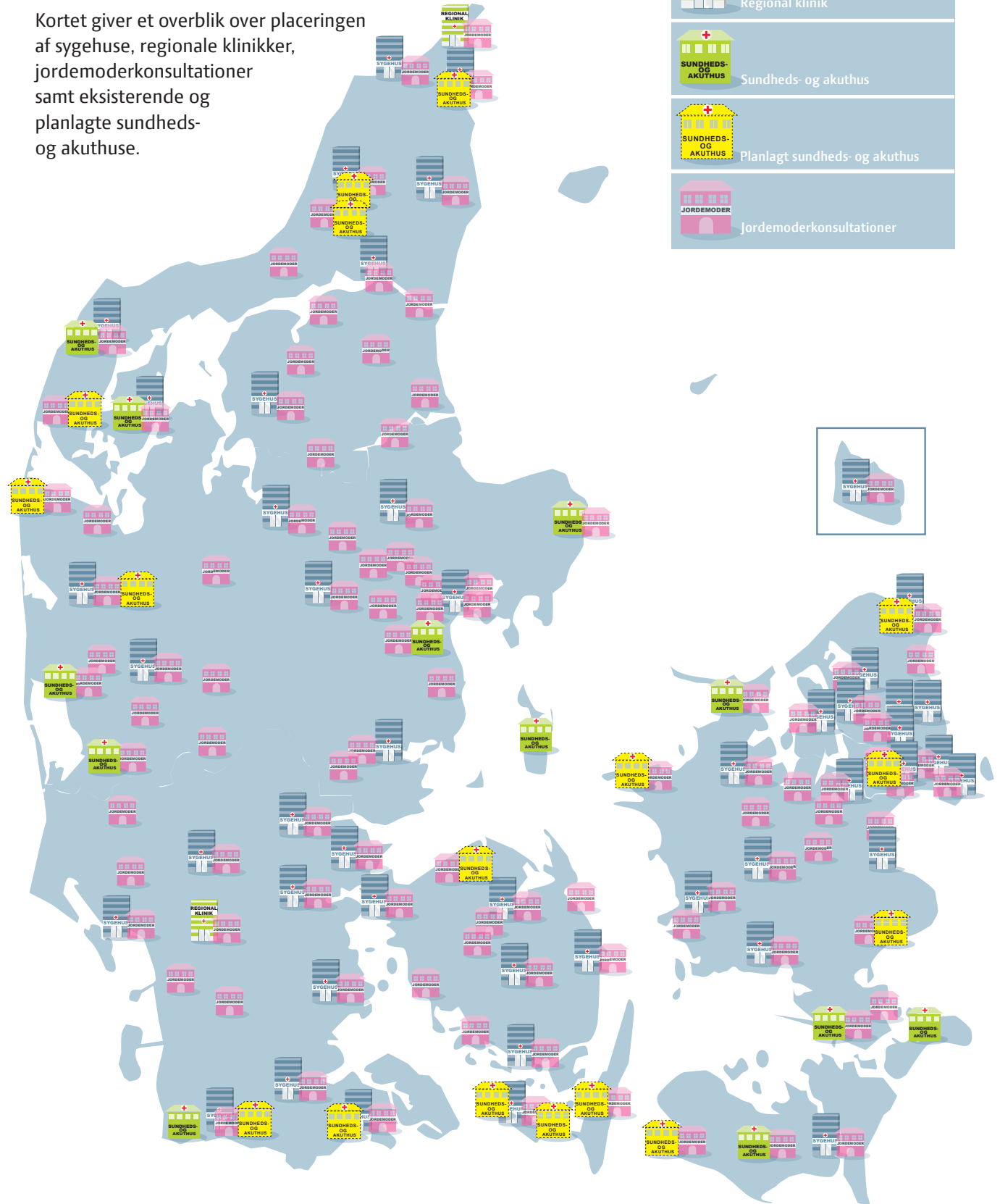
Som et led i dette arbejde, har regionerne udarbejdet et samlet katalog over alle samarbejdsprojekter, der i dag udfolder sig mellem hospitaler, praksis og kommuner – i morgen ser det sikkert lidt anderledes ud. For som sagt er området meget dynamisk og understøttes mange steder fra. Kataloget kan findes på Danske Regioners hjemmeside på www.regioner.dk.

Dette notat har til formål at samle de væsentligste samarbejdsmodeller og metoder, og præsentere dem i en koncentreret og til dels generaliseret form. Derudover er det ambitionen at give et overblik over de indsatsområder i det tværsektorielle samarbejde, hvor der etableres de fleste samarbejdsprojekter og antages at være det største potentiale for at forbedre det sammenhængende patientforløb.

Notatet er en del af regionernes og Danske Regioners fælles arbejde om det hele sundhedsvæsen.

Det nye danmarkskort

Kortet giver et overblik over placeringen af sygehuse, regionale klinikker, jordemoderkonsultationer samt eksisterende og planlagte sundheds- og akuthuse.



	Sygehus
	Regional klinik
	Sundheds- og akuthus
	Planlagt sundheds- og akuthus
	Jordemoderkonsultationer

Samarbejdsmodeller og metoder

Sundhedshuse

Regionerne er i samarbejde med kommuner og praksissektor i gang med at udvikle og etablere sundheds- og akuthuse - nogen steder også kaldet sundhedshuse eller sundhedscentre - over hele landet. Både de eksisterende huse og dem, der vil dukke op på Danmarks kortet de næste par år (se illustration på forrige side), er forskellige og indeholder en variation af tilbud alt efter de behov og muligheder, der er i lokalområdet.

Som udgangspunkt indeholder husene en eller flere regionale funktioner. Det kan være ambulatoriefunktioner, røntgen, laboratorier, lægevagt, skadeklinik, akutbil, jordemoder, psykiatri m.v.. Husene omfatter også kommunale sundhedsfunktioner som genoptræning, forebyggelses- og livsstilstilbud, kronikertilbud og sygepleje. Husenes samler også ofte en række ydere fra praksissektoren. Det gælder både almen praksis, fysioterapeuter og andre private ydere. Endelige ses der eksempler på at patientforeninger rykker ind i de nye huse.

Formålet med sundhedshusene er at tilvejebringe et sundhedstilbud til borgerne i nærområdet. Det er også at sikre en bedre behandling for patienterne gennem et organisatorisk og fagligt samarbejde på tværs af sektorer, tilbud og faggrupper. Husene kan også være med til at sikre en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorerne.

Behandling og samarbejde i patientens eget hjem

På tværs af sektorer er der udviklet en lang række modeller for behandling og samarbejde i patientens eget hjem. Behandlingen i eget hjem kan foregå som behandling via udgående teams fra hospitalet. Behandling i eget hjem kan også foregå ved, at praktiserende læge eller kommunen varetager behandling og pleje i patientens eget hjem med eksempelvis rådgivning eller back up fra hospitalet. Behandlingen finder ofte sted ved, at medarbejdere fysisk er til stede i patientens hjem, men på flere områder er der udviklet telemedicinske ordninger.

Forløbskoordination

Forløbskoordination har det formål at sikre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer. Det handler i høj grad om at sikre, at patienten får den rette behandling på rette sted og til den rette tid, og at patienten samtidigt er tryk og velinformeret om behandling og forløb. Forløbskoordination er typisk en særlig udfordring i forbindelse med patienter med kronisk sygdom, fordi de ofte har mange og gentagne kontakter til sundhedsvæsenet. Ligeledes er der fokus på forløbskoordination i forbindelse med særligt sårbare patienter fx sårbare ældre medicinske patienter. Der er tale om patienter med komplekse sygdomsforløb, som både kan have behov for særlig støtte til at håndtere deres sygdom og hjælp til at navigere i sundhedssystemet.

Der arbejdes med forløbskoordination på en række områder, og både forløbsprogrammer og sundhedsaftalerne er generelle værktøjer, som bliver anvendt med henblik på at skabe bedre koordinering af patientforløbene.

Der er eksempelvis udarbejdet forløbsprogrammer for diabetes, KOL, på hjerteområdet samt lænde-ryg området.

Ud over sundhedsaftaler og forløbsprogrammer er der udviklet en række modeller for forløbskoordination, som afprøves på tværs af regionale og kommunale tilbud. Eksempelvis forløbskoordinatorer, delestillinger, kommunale udskrivningskoordinatorer, fremskudt visitation, hvor kommunen allerede på hospitalet visiterer til indsatsen efter udskrivelsen mv.

Udviklings- og forskningssamarbejde

Af sundhedsloven fremgår det, at regionerne har ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal medvirke til denne forskning. Der er en øget opmærksomhed på behovet for, at regioner og kommuner i fællesskab etablerer et mere formaliseret udviklings- og forskningssamarbejde. Dette sker eksempelvis ved, at regionen i samarbejde med kommunerne etablerer en fælles finansieret forsknings- og udviklingsfond, som bidrager til forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt.

Samarbejde om elektronisk kommunikation og fælles data

Elektronisk kommunikation på tværs af sektorer er en væsentlig forudsætning for et sammenhængende patientforløb. Der er derfor etableret et samarbejde om Medcom-standarder, som muliggør, at forskellige systemer og sektorer kan kommunikere med hinanden elektronisk.

Herudover arbejdes der i regionerne og i samarbejde med kommuner og praksissektor med forskellige modeller for adgang til fælles data, som er indsamlet af de forskellige aktører på sundhedsområdet. Der arbejdes bl.a. på, at de praktiserende læger får et bedre overblik over den enkelte patients behandling og behandlingsresultater.

Til brug for den praktiske planlægning af sundhedsindsatsen i regioner og kommuner, samt til forskning, samarbejder regioner og kommuner om udviklingen af såkaldte sundhedsprofiler. Hver region indsamler regelmæssigt oplysninger om befolkningens sundhed og trivsel. Denne viden kombineres med baggrundsviden om borgernes demografiske og socioøkonomiske forhold.

Fælles videndeling og kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling og videndeling ved fælles læring er blevet en vigtig og nødvendig faktor i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektor.

Der er gode erfaringer med, på tværs af sektorer, at afholde fælles konferencer, temadage mv. Endvidere er fælles skolebænk blevet en udbredt model i samarbejdet, hvor sundhedsprofessionelle fra alle sektorer modtager fælles undervisning og kompetenceudvikling. Der er generelt gode erfaringer med fælles undervisning, som samtidigt i sig selv kan medvirke til at skabe bedre overgange og sammenhænge, fordi de forskellige sundhedsaktører opnår et større kendskab til hinanden.

I forhold til videndeling har regioner og kommuner har fået øget fokus på at inddrage hinanden i udviklingen og etableringen af nye funktioner. Dette sker eksempelvis i forbindelse med udviklingen af de nye sundhedshuse, hvor de kommunale og regionale aktører sundhedshuset har fokus på, at de enkelte funktioner skal passe ind i en helhed.

Kommuner og regioner har desuden flere opgaver, som løbende ændres og hvor eksempelvis en opgave skal varetages af en anden sektor, og hvor opgaven samtidigt ændrer karakter. Her er der gode erfaringer med tidligt at inddrage alle parter i opbygningen af den nye indsats og dermed initiere faglig rådgivning på tværs af sektorer.

Samarbejde på administrativt- og politisk niveau

På politisk niveau er der i alle regioner nedsat et Sundhedskoordinationsudvalg, som består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Sundhedskoordinationsudvalget understøtter det sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af sektorer og bidrager til en positiv dialog sektorerne imellem. På administrativt niveau er der i alle regioner overordnede samarbejdsorganer, som på tværs af region, kommuner og praksissektor arbejder med mere strategiske elementer i udviklingen af det nære sundhedsvæsen og en bedre sammenhæng på tværs af sektorer.

Men også i forbindelse med mere faglige områder er der på tværs af sektorer nedsat samarbejdsorganer, som udvikler nye modeller for samarbejde, der går på tværs af sektorer.

Samtidigt er der etableret lokale samarbejdsstrukturer med fx et hospital og lokale kommuner, som udmønter de overordnede initiativer og udvikler lokalt tilpassede tværsektorielle løsninger.

De væsentligste samarbejdsområder

I det følgende omtales en håndfuld af de områder hvor samarbejde mellem regioner og kommuner er mest udbredt og der gives konkrete eksempler på projekter.

Den ældre medicinske patient

En meget stor del af projekterne samler sig naturligt om indsatsen for den ældre medicinske patient, som i forvejen er i centrum for en meget stor del af aktiviteten i både den regionale og den kommunale del af sundhedsvæsenet. Projekterne fokuserer på mange delemner, men retter sig især mod forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse og samarbejde om udskrivning.

Forebyggelse af indlæggelse foregår på mange forskellige måder og spænder fra fokuserede projekter om faldforebyggelse og ernæringsintervention til projekter der i bredere forstand er målrettet ældre med begyndende funktionsnedsættelse eller som er ved at udvikle kronisk sygdom. Alle regioner har udgående geriatriske teams som samarbejder med hjemmepleje og egen læge og mange steder har kommunerne akutteams støttet af praktiserende læger og sygehus. Mange regioner har indgået frivillige sundhedsaftaler om udvalgte patientgrupper, hvor bl.a. demens er adresseret over det meste af landet. Endelig har alle regioner etableret diagnostiske centre, hvor sygehusene arbejder tæt sammen med praktiserende læger om udredning af alvorligt syge patienter, tilrettelagt uden indlæggelse.

Eksempel: Tidlig opsporing hos demente

I Region Hovedstaden er der udarbejdet lommeuide til personale der arbejder med demente, for at sikre opmærksomhed på fysiske funktionsnedsættelser og begyndende sygdom. Guiden lægges på håndholdt computer til brug for kommunale medarbejdere og videreudvikles til at kunne bruges mere generelt til tidlig opsporing af sygdom.

Alle regioner har erfaring med "Følge hjem" og "Følge op" ordninger. Målgrupperne blandt de ældre kan være lidt forskellige, og indholdet i ordningerne varierer en smule, men det er ordninger som allerede benyttes eller forventes udbredt, og hvor sygehus, praktiserende læge og den kommunale plejesektor samarbejder om patienter, der er i risiko for genindlæggelser. Mest udbredt er opfølgende hjemmebesøg, som er strukturerede besøg efter sygehusindlæggelse, hvor der ses på bl.a. medicin og funktionsevne i hjemmet.

Følge hjem ordningerne har samme sigte som de opfølgende hjemmebesøg, men her er det hospitalspersonale og ikke egen læge der står for interventionen, nogen steder koordineret så man møder den kommunale hjemmepleje i hjemmet.

Eksempel: Opfølgende hjemmebesøg

I alle regioner er aftaler med kommuner og almen praksis om opfølgende hjemmebesøg. Hospitalet vil allerede under indlæggelsen tage stilling til, om patienten har behov for et opfølgende hjemmebesøg. Herefter vil praktiserende læge og den kommunale hjemmesygeplejerske besøge patienten få dage efter udskrivelsen. Patienten vil få mellem 1-3 besøg, hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i samarbejde vil vurdere og følge op på patientens situation, og aftale hvilken støtte, der i hverdagen er behov for.

Eksempel: Følgehjemordning

I Region Hovedstaden følges svækkede, typisk ældre patienter, hjem efter udskrivelsen af hospitalspersonale, eventuelt i samarbejde med personale fra kommunen. Der er fokus på forhold af betydning for behandlingen, funktionen i eget hjem og gennemgang af medicinen. Er implementeret på alle regionens hospitaler fra 2010 og der nu ca. 3500 hjemfølgninger.

Et af hovedområderne for sundhedsaftalerne er samarbejde om indlæggelse og udskrivning. Også her er udbredelsen af projekter så omfattende, at der kan tales om et nationalt fokus. Projekterne understøtter de fælles beskrivelser af indlæggelses- og udskrivningsproces for forskellige patienttyper og det er efterhånden udbredt, at der er udskrivningskoordinatorer på sygehusene og at kommunale visitatorer har deres daglige gang på sygehusene. Det vinder desuden frem, at udskrivningerne understøttes af videokonferencer.

Eksempel: Kommunale visitatorer

Næstved Sygehus har et tæt samarbejde med Næstved og Vordingborg kommuner. Fra sidstnævnte er der så godt som dagligt besøg på sygehuset af kommunens visitator, hvor plan for relevante patienter drøftes og aftaler indgås.

Eksempel: Samordningskoordinatorer

Samtlige hospitaler har samordningskonsulenter i Region Hovedstaden. En række kommuner har desuden udskrivningskoordinatorer, der fast kommer på hospitalet. Endvidere samarbejdes der tæt med de kommunale visitatorer om at sikre hurtig udskrivning. Der gøres forsøg med videokonferencer for at effektivisere udskrivningsdialogen.

Sikker kommunikation er en af hovednøglerne til at forbedre patientforløbene på tværs af sektorerne. På grundlag af det udbyggede MedComsamarbejde, er der etableret et system med systematiske meddelelser mellem sygehus egen læge og mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Eksempel: Elektronisk kommunikation

Elektronisk kommunikation i form af indlæggelses- og udskrivningsadviser mellem hospital og kommuner er på plads i Region Midtjylland. Derudover er der sket en fordobling af sendte og modtagne korrespondancebreve og en firdobling af afsendte genoptræningsplaner. Der arbejdes på plejeforløbsplaner, melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport – samt elektroniske henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud.

Psykiatriske patienter

Både inden for børne- og ungepsykiatrien og i voksenpsykiatrien er der mange samarbejdsprojekter på tværs mellem sektorerne. Der er en meget stor brede i, hvad der arbejdes med, men tidlig opsporing af psykisk sygdom hos børn, forskellige boformer, opfølgende arbejde og håndtering af misbrug er eksempler på gennemgående emner på tværs af regionerne.

Eksempel: Den trygge Vej

Børne- og ungdomspsykiatrien og Kolding kommune udvikler en ny samarbejdsmodel ved mistanke om psykiatrisk problemstilling hos børn. Modellen introducerer bl.a. det tværsektorielle Barnets Team, der, i samarbejde med forældrene, står for koordineret udredning og behandling.

Overgangen mellem hospitalsbehandling og en mere normal tilværelse er målet for mange projekter landet over og har været et samarbejdsområde i mange år.

Eksempel: Halfway House

Der arbejdes på at etablere et Halfway House i Region Nordjylland, som er målrettet svært syge psykiatriske patienter, der er færdigbehandlede i psykiatrisk indlæggelsesregi. Det er et samarbejdsprojekt mellem behandlingspsykiatrien og samtlige kommuner og formålet er, at hjælpe borgere med helt særlige og meget svære sociale og psykiatriske problemstillinger fra en tilværelse som indlagt til borger i samfundet.

Hertil kommer, at der også er fokus på somatiske lidelser, som let kan overses hos psykiatriske patienter, og der arbejdes med forskellige former for Shared Care modeller, der kan involvere kommunen, praktiserende læge og psykiatrien.

Shared care er en samlebetegnelse for flere forskellige samarbejdsmodeller, som alle bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling/ansvar mellem de involverede parter. Behandlingen er i centrum for samarbejdet, men samarbejdet kan efter behov også involvere en bredere indsats. Samarbejdsmodellen er mest udbredt mellem psykiatrien og almen praksis fx med mobilteams, hvor psykiatriske sygeplejersker yder hurtig observation og behandling i eget hjem efter henvisning fra praktiserende læge.

Eksempel: Collaborative care

På det psykiatriske område arbejdes der på at igangsætte et projekt med den såkaldte 'Collaborativ care-model'. Indsatsen omfatter bl.a. en care-manager (fx sygeplejerske) med psykiatrisk erfaring og ansættelse i psykiatrien, som skal bidrage med en aktiv og kvalificeret opfølgning af psykiatriske patienter i almen praksis. Care-manageren skal i samarbejde med praktiserende læge og pårørende udvikle optimale behandlingsforløb for den enkelte patient. Care-manageren skal følge op på behandlingen og samtidigt hjælpe patienten med at blive bedre til selv at klare hverdagen. Care-manageren skal også sørge for samarbejde og dialog med arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesinstitutioner eller anden støtte (misbrugscenter, hjemmepleje mv.), hvis der er behov herfor. Samtidigt vil ordningen tilbyde en bedre rådgivning af de praktiserende læger.

Graviditet og barsel

Arbejdsdelingen mellem jordemoder, egen læge, kommune og sygehusbaserede tilbud i forbindelse med graviditet og barsel betyder også, at der pågår en del projekter, som er målrettet den sårbare gravide eller familie, rådgivning af unge familier der venter barn og f.eks. overvægtige gravide.

Eksempel: Sårbare gravide

I Region Syddanmark er der etableret et samarbejde mellem jordemoder og den kommunale sundhedspleje i projekt "Klar til Barn" hvor sundhedsplejersker deltager i fødsels- og forældreforberedelse. Der samarbejdes med alle kommuner om udvalgte sårbare gravide.

Hertil kommer de mere traditionelle samarbejdsområder som fødselsforberedelse og amning samt de regionale familieambulatorier.

Eksempel: Familieambulatorierne

Et samarbejde som findes i alle regioner. Ambulatorierne samarbejder med alle kommuner om specialiseret forebyggende og behandlende svangre omsorg for gravide med tidligere eller aktuelt alkohol- eller stofmisbrug. Indsatsen omfatter også den gravides partner og efter fødslen følges barnet frem til skolealderen.

Forebyggelse

Forebyggelse og sundhedsfremme er overvejende en kommunal opgave, men regionen har ansvar for at understøtte kommunerne med viden og metoder og har også ansvar for den patientrettede forebyggelse.

Inden for dette felt foregår der en del fælles metodeudvikling forankret i projekter der ud over region og kommune også kan inddrage forskningsinstitutioner. Grundlaget er typisk de sundhedsprofiler, som alle regioner udarbejder og samarbejdet kan være forankret på en forskningsinstitution, bl.a. som Ph.d.

Eksempel: Sundhedsprofil

Region Nordjylland har et løbende samarbejde med kommunerne om opfølgning på sundhedsprofilen. Kommunerne kan bestille specielle analyser og regionale konsulenter kan i et vist omfang formidle oplæg i kommunalt regi.

Eksempel: Folkesundheden i Midten

Der er etableret en forskningsplatform i Region Midtjylland hvor universitet, region og kommuner samarbejder om forsknings- og udviklingsprojekter. Formålet er at sikre, at udviklingsarbejdet og uddannelse af personale foregår på et højt fagligt niveau.

Et væsentligt samarbejdsområde, der sigter på konkret at forebygge forværring af sygdom hos især kronisk syge patienter, er patientuddannelser. Her har alle regioner initiativer i gang i samarbejde med kommunerne, typisk på de områder, hvor der i de seneste år er implementeret forløbsprogrammer: KOL, hjertesygdom, diabetes, skizofreni mv.

Eksempel: Patientuddannelser

Region og kommuner har en fælles vision om at styrke patientuddannelserne gennem et mere ensartet koncept i Region Sjælland. Regionen udbyder nu et pædagogisk redskabskursus til de sundhedsfaglige medarbejdere der forestår patientuddannelser og der er udarbejdet modulopbyggede patientuddannelser som er klar til udrulning og afløsning af de meget forskelligartede aktiviteter, der i dag tilbydes.

Sårbehandling, AK-behandling og behandling af infektioner

Ud over de bredere grupper, der er omtalt ovenfor, som involverer mange patienter og borgere, er der også mange projekter, som er mere fokuseret. Her omtales 3 områder som går igen i alle regioner.

Alle regioner har telemedicinske projekter om behandling af forskellige typer af sår. Ved at fremsende billeddokumentation kan hjemmesygeplejen konsultere sygehusambulatorier og såreksperter direkte og på kort tid og dermed undgå at borgeren skal på sygehus. Det er også muligt at forkorte en indlæggelse og i stedet lave telemedicins kontrol i eget hjem.

Telemedicinsk AK – behandling har efterhånden også vundet udbredelse og muliggør at en række patienter kan undgå hyppige ambulatoriebesøg. Tilbuddet udbredes ved at samarbejde med hjemmesygeplejen, så patienter der ikke selv kan forestå måling mv. får støtte til det i hjemmet eller på plejecenter.

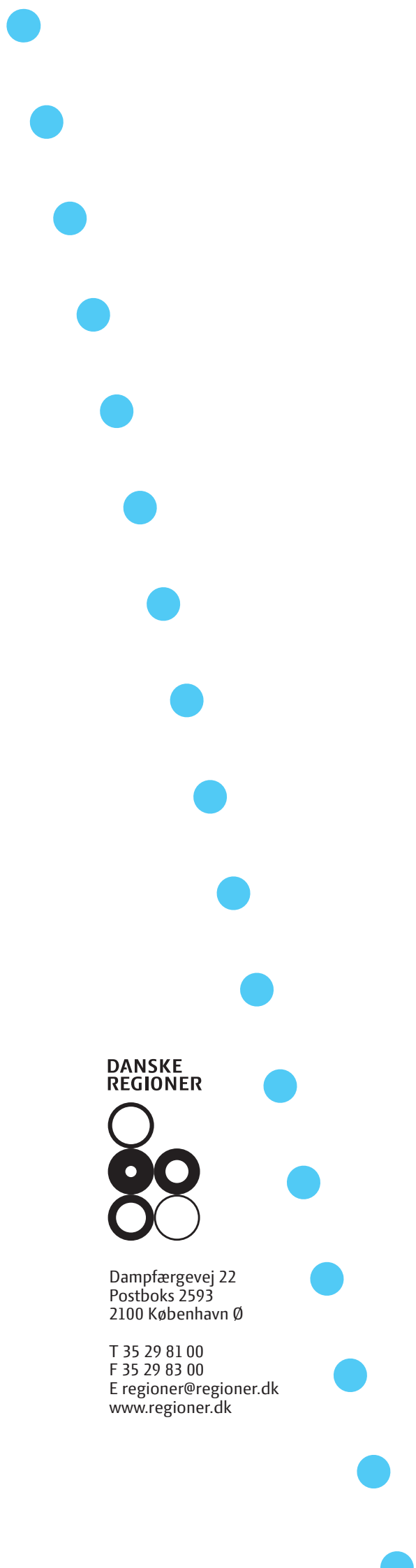
Endelig har alle regioner en samarbejdsorganisation der involverer sygehus, almen praksis og kommuner om forebyggelse og bekæmpelse af multiresistente bakterier (MRSA). Typisk er der en regional enhed som koordinerer og forestår information og undervisning samt rådgivning af kommunalt personale, mens behandling foregår i et samarbejde mellem sygehus og egen læge.

Eksempel: Hjemmemonitorering

Der er igangsat en række telemedicinske projekter, hvor patienter med kronisk sygdom i eget hjem foretager en række helbredsmålinger, som sendes til sundhedsfaglige medarbejdere, der kan reagere på eventuelle udfald. Dette sker eksempelvis på KOL-området.

Eksempel: Telemedicinsk sårvurdering

Telemedicin mellem sundhedsfaglige medarbejdere på tværs af sektorer betyder, at patienten kan blive behandlet i eget hjem. Der er fx gode erfaringer med sårbehandling i eget hjem, hvor den kommunale hjemmesygeplejerske tager et billede af såret med sin smartphone og sender billede samt egne observationer af såret til hospitalet. Specialister på hospitalet vurderer såret og skriver tilbage til hjemmesygeplejersken om fx nye anvisninger på hvordan såret skal behandles.



**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk