

SKU: Status på indsatser igangsat i 2015

P:\CSU\Tværsektorielt Udvikling\Sundhedsaftaler 3. generation\Henriette\Implementeringsplan\Statusopfølgning

Visionsområder

| | |
|--|--|
| Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart | |
| Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer | |
| Farvekode: Lighed i sundhed | |
| Farvekode: Sammenhæng og kvalitet | |

| Indsats | afsnit i SA3 | Forankring af indsatsen | Indsatsbeskrivelse | Status januar 2016 |
|---------|--------------|--|--|---|
| 1 | 2.1 | Arbejdsgruppe vedr. Aktivt samarbejde med borgere og pårørende | <i>Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.</i> | Arbejdsgruppen afleverede en status til Den Administrative Styregruppe i marts 2016. DAS tog arbejdsgruppens status til efterretning og drøftede arbejdsgruppens overvejelser vedr. valg af metoder til styrkelse af det aktive samarbejde på individniveau. Styregruppen var enig i, at det er fornuftigt at lægge op til en vis grad af valgfrihed i anvendelse af metoder, men at det samtidig er vigtigt at vise vejen og ikke brede sig for meget ud. Formålet er således ikke blot at kunne præsentere metodebeskrivelser, men også at udfolde metoderne i et implementeringsperspektiv. |
| 2 | 2.1 | Telemedicinsk Videncenter | <i>Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.</i> | Indsats 2 består af 4 delprojekter 1) Kortlægning: Kortlægning af eksisterende tværsektorielle initiativer inden for telesund (træk fra database), udarbejde idekatalog som inspiration og herefter indgå konkrete aftaler vedrørende initiativer der ønskes driftsmodnet/udbredt inkl. afklaring af ressourceforbrug og ansvarsfordeling. I første halvdel af 2016 udarbejdes et idekatalog med forslag til konkrete telemedicinske initiativer. Der vil efterfølgende kunne indgås konkrete aftaler med kommunerne 2) National udrulning af hjemmemonitorering af patienter med KOL. Projektet forventes at overgå til nationalt udbredning i 2016. Forud for evt. udrulning i hovedstadsregionen evt. beslutning om pilotprojekt, herunder stilling til inddragelse af kommunerne og evt. almen praksis. Den Administrative Styregruppe har den 13. 03. 2016 godkendt etablering af det regionale landsdelsprogram, herunder at Dansk Lungeforenings tilbydes repræsentation i programstyregruppen. 3) Telemedicinsk sårurdering er et nationalt projekt, der er under udrulning i hovedstadsregionen med sigte på implementering i samtlige 29 kommuner og på 5 sårambulatorier ultimo august 2015. Den Administrative Styregruppe har den 13. 03. 2016 godkendt projektbeskrivelse om gevinstrealisering og rådgivning i forhold til telemedicinsk sårurdering. Den Administrative Styregruppe har godkendt den reviderede fællesregionale samarbejdsaftale. 4) HjertelnsufficiensTelemedicin - HIT2 bygger på erfaringerne fra et tidligere projekt HIT1, der har kørt i Region Hovedstaden frem til 2013. HIT2 forventes at køre som pilotprojekt i hovedstadsregionen i 2015 i et samarbejde med mindst én kommune. <u>Status:</u> HjertelnsufficiensTelemedicin –(HIT2) bygger på erfaringerne fra et tidligere projekt HIT1, der har kørt i Region Hovedstaden frem til 2013. HIT2 har kørt som pilotprojekt på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i 2015, og overgår til drift i 2016. Der har i pilotprojektet i 2015 været indgået en samarbejdsaftale med Frederiksberg Kommune, der vil blive beskrevet i den afsluttende evaluering, hvorefter Frederiksberg Kommune vil vurdere mulighederne for et videre samarbejde. |
| 3+4 | 2.2 | Arbejdsgruppe vedr. aktivt samarbejde med borgere og pårørende | <i>Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb</i> | Arbejdsgruppens status til DAS i marts 2016 indgik også anbefaling om at styrke det organisatoriske samarbejde med fast brugerrepræsentation i samordningsudvalgene. DAS besluttede, at modellen i første omgang skal afprøves i en tidsbegrænset periode. Samordningsudvalgene er anmodet om tilkendegive, hvorvidt de er interesserede i at indgå modelafprøvningen. På erfaringerne med modelafprøvningen tages stilling til permanentgørelse af modellen. |
| 5 | 3.1 | Arbejdsgruppe vedr. Nye samarbejdsformer | <i>Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.</i> | Udkast til til aftale for principper om nye samarbejdsformer/modeller drøftes i SKU den 27. maj 2016. |
| 9 | 4.1.2 | Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom | <i>For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.</i> | Der er i 2015 arbejdet med indhold og procesplan. Der har været afholdt en workshop om eksisterende initiativer og målgruppeidentifikation. Arbejdet fortsætter i 2016 |

| | | | | |
|----|--------|---|--|--|
| 11 | 4.2.2. | Samarbejde mellem RHP og KK | <p>For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner</p> | <p>Det er aftalt at arbejdet med indsatsen udfoldes gennem følgende samarbejdsprojekter:</p> <p>A) Udarbejdelse af en generisk model for implementering af koordinerende indsatsplaner. Intentionen med de koordinerede indsatsplaner er at flere af flere sårbare mennesker med en dobbeltdiagnose skal få relevant og integreret behandling af både psykiatrisk lidelse og misbrug. Projektet, der løber frem til oktober 2016, er et udviklingsprojekt med deltagelse af Københavns Kommune og Psykiatrisk Center, Sankt Hans. Målgruppen for projektet er i projektperioden borgere med bopæl i Københavns Kommune, men der er intentionen at projektets erfaringer skal spredes ud og indgå som inspiration for samarbejde mellem region hovedstadens psykiatri og alle kommunerne i regionen</p> <p>B) Fælles team, der udfører opfølgende og integreret behandling af borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug på deres botilbud. Der er tale om et udviklingsprojekt med deltagelse af Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri (Socialpsykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Amager). Projektet er foreløbigt finansieret frem til ultimo 2017. Formålet med projektet er at afprøve en ny samarbejdsform mellem kommunen og Region Hovedstadens psykiatri, der skal sikre og videreudvikle indsatsen over for psykisk sygdom og samtidig misbrug ved etablering af et fælles tværsektorielt team, der integrerer indsatsen på tværs af behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri. Teamet skal fungere opfølgende og behandlende og yde selve indsatsen på botilbuddene. Det er aftalt, at projektet midtvejsevalueres medio 2016 og at der i forbindelse hermed sker en drøftelse af mulighederne for udbredelse af modellen.</p> <p>C) Rammeaftalerne Udover ovenstående projekter er der også fokus sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug i samarbejdsaftaler. Derudover skal også fremhæves, at KKR-Hovedstaden har valgt at have tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser som et særligt tema for Udviklingsstrategien i Rammeaftalen for 2015. I forbindelse hermed planlægges i marts 2016 afholdt en konference med kommunale og regionale beslutningstagere og faglige konsulenter, og der vil i den forbindelse blive udarbejdet et inspirationskatalog med idéer til implementering og tilrettelæggelser af indsatser for borgere med dobbeltdiagnoser. Efterfølgende danner idékatalog og input fra konferencen bagtæppe for anbefalinger til mulige tværkommunale og/eller tværsektorielle tiltag, der kan bidrage til at udvikle tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser. Arbejdet er forankret i Gladsaxe og Ballerup Kommuner. -- Videre proces: Embedsmandsudvalget for Social og Specialundervisning træffer beslutning om hvorvidt og i hvilken der skal arbejdes videre med anbefalingerne. Dette forventes at ske medio 2016.</p> |
| 13 | 5.1.1 | Styregruppen for evaluerings- og analysemodellen | <p>For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.</p> | <p><u>Status for hospitalerne</u> Pr. 1. januar 2016 påbegyndes registrering i DrKOL (nationale kliniske database) af to indikatorer for rehabiliteringen, der gør det muligt at monitorere på antallet af patienter i rehabilitering i tilknytning til hospitalerne i Danmark: Derudover er der fra 1. januar 2015 påbegyndt en registrering af, hvorvidt patienten siger, at de har fået et rehabiliteringstilbud inden for de sidste to år i tilknytning til a) hospital, b) kommune eller c) ikke har modtaget et tilbud.</p> <p>Data om rehabiliteringsindsatserne på hospitalerne kan tidligst forventes at blive tilgængelige i 2017.</p> <p><u>Status for kommunerne</u> Registrering i database eller elektronisk indhentning af data fra de kommunale omsorgssystemer? En af hovedudfordringerne har været at finde en løsning for, hvordan der bedst indhentes kommunale data for rehabiliteringen. Oprindeligt blev der nationalt (og før da også regionalt) arbejdet efter en løsning, hvor kommunerne registrerede data i en elektronisk indtastningsflade. Kommunerne (20 kommuner) har på en national workshop i januar i år imidlertid klart givet udtryk for, at de ikke ønsker at registrere i en database, da dette indebærer, at de så skal registrere de samme data to gange. Kommunerne mener, at data bør kunne hentes direkte fra kommunernes elektroniske omsorgssystemer.</p> <p>For kommunerne er det på nationalt niveau (i regi af RKKP) og dernæst i styregruppen for Evaluerings- og analysemodellen således besluttet, at der arbejdes for en løsning, som gør at kommunerne kan undgå dobbeltregistrering.</p> <p>I det nationale samarbejde med RKKP er der derfor ved at blive udarbejdet en revideret ansøgning til styregruppen for DrKOL med henblik på at få midler til et pilotprojekt om elektronisk indhentning af data fra kommunerne for KOL-rehabilitering samt anvendelse og opfølgning på tværsektorielle data.</p> |
| 16 | 5.1.2 | Arbejdsgruppe vedr. IT og Elektronisk kommunikation | <p>Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.</p> | <p>Der er sket en tidsforskydning i forhold til igangsætning af indsatserne.</p> |

| | | | | |
|----|-------|--|---|--|
| 17 | 5.1.2 | FMK-tværs | <i>For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.</i> | Det fortsatte kardinalpunkt for at opnå enighed omkring en fælles tværsektoriel vejledning er, at PLO ikke anderkender at ajourføring er en almindelig del af anvendelsen af FMK. Med dette afsæt, er det formandskabet for FMK-Tværs' vurdering, at det endnu er for tidligt at konkludere på mulighederne for at finde et fælles ståsted med PLO, således at der kan laves aftale om en tværsektoriel vejledning for hovedstadsregionen. Hvis det viser sig, at der ikke kan opnås enighed, vurderer formandskabet dog, at det vil betyde en markant forringet kvalitet i arbejdet med FMK for alle parter. Ikke mindst for kommunerne. DAS har besluttet, at der er behov for få en dialog på et højere ledelsesmæssigt niveau. FMK-tværs gruppen skal fortsætte med deres øvrige opgaver |
| 18 | 5.1.3 | Arbejdsgruppe vedr. Patientsikkerhed | <i>Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.</i> | Arbejdet fortsætter i 2016 |
| 19 | 5.1.3 | Arbejdsgruppe vedr. Patientsikkerhed | <i>Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.</i> | DAS har den 11. marts 2016 godkendt Ramme for samarbejdet om det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde. |
| 21 | 5.1.4 | Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom | <i>Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.</i> | Arbejdet med udarbejdelse af indikatorer er overgået til styregruppen for Evaluerings og analysemodellen. Det forventes, at der forelægges et forslag til indikatorer for DAS i september 2016. |
| 22 | 5.1.4 | Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser | <i>Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.</i> | Storforbrugerprojektet afsluttes senere end forventet, hvorfor arbejdet med indsatsen udskydes ind i 2016 |
| 27 | 5.1.5 | Sårpleje, Telemedicinsk Videncenter CSU | <i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.</i> | Indsats 27 udfoldes som et projekt, bestående af to overordnede elementer, hhv. "Gevinstrealisering" og "Rådgivning af social- og sundhedsassistenter- og hjælpere i kommunerne i forebyggelse af tryksår og sårpleje". Projektledelsen er delt mellem kommuner og region. Der er udarbejdet en projektbeskrivelse. Den Administrative Styregruppe godkendte, at projektet tager kontakt til samtlige kommuner med henblik på kortlægning af den aktuelle udbredelse af telemedicinsk sårvurdering. |
| 29 | 5.1.6 | Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser | <i>Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)</i> | Arbejdet med at afdække ønsker, muligheder, regler uklarheder og barrierer er startet op i 2015 og arbejdet fortsætter i 2016. Udarbejdelse af en overordnet ramme vil foregå i 2016 |
| 30 | 5.1.7 | DAS | <i>Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.</i> | Der har ikke i 2015 været konkrete tiltag vedr. større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region. |
| 32 | 5.2.1 | Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom | <i>Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalens således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler</i> | Arbejdsgruppen for patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har nedsat en arbejdsgruppe, som har vurderet behov for at iværksættelse af særlige tiltag til at sikre en systematisk opdatering af tilbud på sundhed.dk. Det er i den forbindelse konstateret, at de arbejdsgange, der er iværksat er tilstrækkelige. Samtidig er det ved gennemgang af tilbuddene på SOFT vurderet, at beskrivelserne efterhånden er af ensartet og god kvalitet. Gruppen ser dog muligheder for forbedringer, som kan bidrage til en øget brug af SOFT-portalens, særligt i almen praksis, som vil tages op med Sundhed.dk. Derudover er der behov for at sikre at tilbud indenfor psykiatrien og misbrugsbehandling kommer på SOFT. Dette arbejde skal ske i samarbejde med KKR. |

| | | | | |
|-------------------|---------|---|--|---|
| 42 | 5.2.6 | Embedsmandsudvalget for Sundhed og i Arbejdsgruppen vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom. | <i>Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling</i> | Den Administrative Styregruppe godkendte i januar 2016 anbefalingerne vedr. implementering af indsats 42, herunder forslag om at det videre arbejde med anbefalingerne forankres i hhv. Embedsmandsudvalget for Sundhed og i Arbejdsgruppen vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom. |
| 50 | 5.2.10 | Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom | <i>For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.</i> | Der afventes nationale initiativer. |
| 51 | 5.3.1 | DCK | <i>Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse</i> | DAS har i marts 2016 godkendt revideret Kommunikationsaftale. ----- Pilottest og implementering vil afvente implementering af ny version af hjemmepleje- hospitalsmeddelelserne. Der forventes igangsættelse 1. januar 2017 |
| 52 + 15 | 5.3.1 | Arbejdsgruppe vedr. IT og Elektronisk Kommunikation | <i>52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk) 15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet</i> | Der er nedsat projektgrupper under arbejdsgruppen vedrørende Sundheds IT og elektronisk kommunikation med henblik på igangsættelse af 1) implementering af digital kommunikation og udarbejdelse af kommunikationsaftaler ambulante besøg/akutte besøg/børn og unge, 2) implementere digital kommunikation og udarbejde kommunikationsaftale for psykiatrien, ad 3) opdatering af hjemmepleje- hospitalsmeddelelserne og genoptræningsplanen, ad 4) Diverse analyser af behov og muligheder for digital kommunikation vedr. jobcentre og privathospitaler, speciallæger og præhospital, ad 5) fortsat udvikling af LIS og implementering af LÆblanketter |
| 54 + 36 + 39 + 47 | 5.3.1 | Arbejdsgruppe vedr. Revision af samarbejdsaftaler på psykiatriområdet Børn og voksne | <i>54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift. 36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatriske Center. 39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri 47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)</i> | Der er udarbejdet udkast til reviderede samarbejdsaftaler om voksne henholdsvis børn og unge med psykisk sygdom. Aftaleudkastene er i høring og forventes forelagt i SKU i september 2016. |
| 58 | 5.3.3.1 | Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser | <i>For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)</i> | Arbejdsgruppen vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser har opstartet arbejdet med at kortlægge eksisterende tilbud med henblik på sammen med evalueringer af de regionale og de kommunale tilbud analyseres så der kan udarbejdes anbefalinger til DAS om optimering og koordinering af regionale og kommunale følgeordninger. Arbejdet fortsætter i 2016 |
| 61 | 5.3.4 | Hospitalsdirektionerne | <i>Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren</i> | Sundhedskoordinationsudvalget og DAS orienteres løbende om udviklingen i hurtigere fremsendelse af epikriser. Andelen af epikriser, der fremsendes inden for 3 hverdag inden for de sidste 12 måneder er steget med ca. 9 procentpoint, fra knapt 76 procent i februar 2015 til knapt 85 procent i januar 2016. Tilsvarende er epikriser fremsendt inden for 1 hverdag steget med ca. 12 procentpoint fra knapt 63 procent i februar 2015 til godt 75 procent i januar 2016. Der er i regionen fortsat stort fokus på at leve op til målsætningen om hurtigere fremsendelse af epikriser. Det er i den forbindelse besluttet, at fremsendelse af epikriser inden for 1 hverdag erstatter det hidtidige regionale driftsmål om fremsendelse af epikriser inden for 3 hverdage. Dermed vil fremsendelse af epikriser inden for 1 hverdag også fremadrettet indgå som driftsmål på afdelingernes tavlemøder. |

| | | | | |
|----|---------|--|--|---|
| 62 | 5.3.5 | Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom | <i>Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.</i> | Der foregår løbende orientering og drøftelser af implementeringen. Arbejdet fortsætter i 2016 |
| 63 | 5.3.5 | Implementeringsgruppe, CSU | <i>Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.</i> | Implementering af forløbsprogram vedr. Rehabilitering af hjerneskade er pauseret, idet der afventes svar på henvendelse til ministeriet om fortolkning af retningslinjerne vedr. rehabilitering på specialiseret niveau. |
| 68 | 5.4.2 | Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler | <i>For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb</i> | Den nationale implementering af ny MedCom-standard er forsinket. Opgaven er derfor flyttet til 2016 |
| 69 | 5.4.3 | Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler | <i>For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.</i> | Den Administrative Styregruppe har godkendt, at de tre tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse for henholdsvis Total knæ alloplastik, Hoved-halskræft og Distal radius fraktur udsendes til samordningsudvalgene med henblik på implementering. |
| 72 | 5.4.4.4 | Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler | <i>Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.</i> | Den Administrative Styregruppe godkendte primo 2015 nyt snitfladekatalog for behandlingsredskaber og hjælpemidler. |
| 73 | 5.4.4.4 | Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler | <i>Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.</i> | Arbejdet med opgaven er pauseret , idet der afventes svar på henvendelse til ministeriet om fortolkning af retningslinjerne vedr. rehabilitering på specialiseret niveau. |