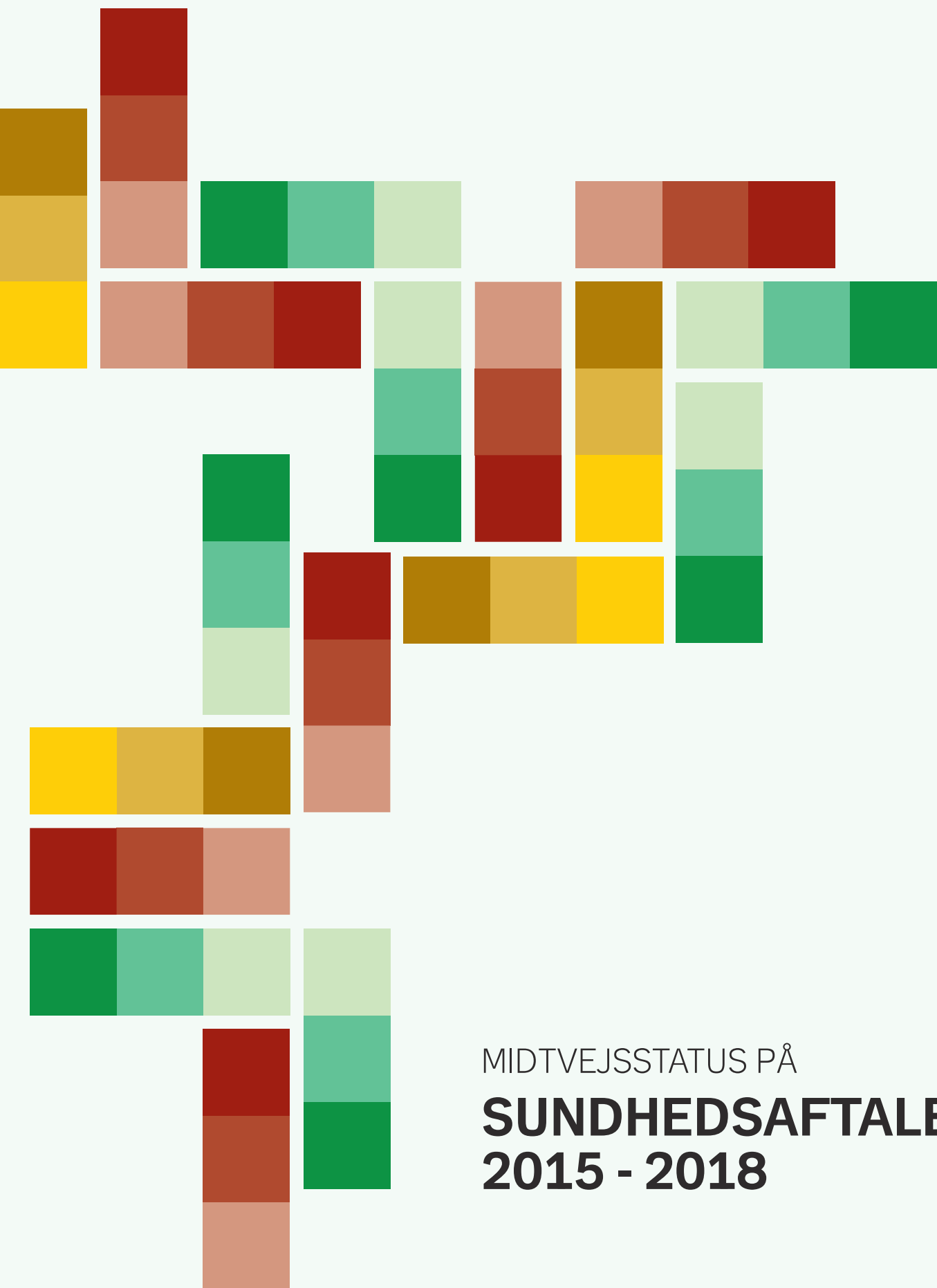




MIDTVEJSSTATUS PÅ  
**SUNDHEDSAFTALEN**  
**2015 - 2018**

## **KOLOFON**

Udgivet i forbindelse med Midtvejsstatus på Sundhedsaftalen i Region Hovedstaden 2015 - 2018

Maj 2017

### **Tekster**

Frank Ulstrup

### **Redaktionsgruppe (Sundhedsaftalesekretariatet):**

Specialkonsulent Mette Dissing Odgaard, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Specialkonsulent Rikke Skaarup Schjødt, Det Fælles Sundhedssekretariatet - Hovedstaden

Enhedschef Jean Hald Jensen, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Kamilla Walther, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Chefkonsulent Winnie Brandt, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Specialkonsulent Henriette Bager, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

### **Layout**

RegionH Design

[www.regionh.dk/sundhedsaftale](http://www.regionh.dk/sundhedsaftale)

# FORORD

Sundhedsaftalen er grundstenen i Region Hovedstadens, kommunernes og almen praksis' arbejde med at sikre borgerne sammenhængende sundhedstilbud med høj faglig kvalitet.

Den nuværende Sundhedsaftale gælder i perioden 2015 – 2018. Aftalen bygger videre på de positive resultater, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger.

Sundhedsaftalen er politisk forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, hvor politikere fra kommunerne i regionen, regionsrådspolitikere og praktiserende læger mødes og tager de overordnede beslutninger og giver opbakning til det videre arbejde.

Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 er baseret på fire klare visioner:

## BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART

## NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER

## LIGHED I SUNDHED

## SAMMENHÆNG OG KVALITET

Visionen om *Borgeren som aktiv samarbejdspart* betyder, at vi i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis skal åbne dørene for dialog og invitere borgeren med ind i maskinrummet. Dermed får borgerne de bedste muligheder for at spille en aktiv rolle i eget forløb og bidrage med deres viden og ønsker til udviklingen af sundhedsvæsenet.

*Nye og bedre samarbejdsformer* udtrykker et stort og fælles ønske om at skabe samarbejdsformer, hvor silotænkning nedbrydes, og arbejdet smidiggøres hen over sektorgrænserne.

*Lighed i Sundhed* handler for os om at skabe mere viden og udvikle nye projekter, der kan bidrage til, at alle borgere får tilbudt de indsatser, de har behov for, og at tilbuddene tilrettelægges, så borgerne kan få det optimale ud af behandlingen.

Vores fjerde vision betoner vigtigheden af, at der i samarbejdet om sundhed er fokus på *sammenhæng og kvalitet* for borgerne. Indsatserne under denne vision udgør sundhedsaftalens store maskinrum. Det er under denne vision, at der blandt andet arbejdes med at virkeliggøre nye aftaler, der sikrer et velfungerende samarbejde.

## STYRKET EJERSKAB

Alle parter har gennem de seneste to år lagt meget energi i at realisere Sundhedsaftalens visioner.

Ejerskabet til Sundhedsaftalen styrkes løbende gennem organiseringen af samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis. I hovedparten af de arbejdsgrupper, som er nedsat under Sundhedsaftalen, er der desuden etableret fælles regionale – kommunale formandskaber og fælles sekretariatsfunktioner.

Indenfor de enkelte visionsområder arbejdes der målrettet med udvikling, konkretisering og implementering af de indsatser, vi har aftalt at arbejde med.

## VI ER NÅET LANGT

Halvvejs gennem aftaleperioden er der naturligvis dele af Sundhedsaftalen, der endnu ikke er arbejdet med. Men vi er nået langt! Vi har blandt andet indgået samarbejdsaftaler på det psykiatriske område og forbedret kvaliteten af sårbehandlingen gennem indførelse af telemedicinsk sårbehandling.

På de følgende sider kan I læse en række artikler, der beskriver status for arbejdet med nogle af de indsatser, som vi har sat os for at gennemføre.

Vores forhåbning er, at artiklerne vil give jer et indblik i, hvor langt vi er nået i arbejdet med Sundhedsaftalens indsatser, og hvilken betydning indsatserne kan få for borgerne og for samarbejdet mellem vores ansatte i kommuner, hospitaler og almen praksis.

God læselyst!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

**Per Seerup**  
Formand



**Ninna Thomsen**  
Næstformand





## VISION

BORGEREN SOM AKTIV  
SAMARBEJDSPART

# BORGERE INDDRAGES I DET ORGANISATORISKE ARBEJDE

Som en direkte følge af Sundhedsaftalen inddrager pilotprojekter nu borgerne i det organisatoriske samarbejde mellem sektorerne. Et helt nødvendigt skridt, der kan resultere i højere kvalitet, siger hospitalsdirektør.

Patienter er de seneste år blevet inddraget mere og mere som ressourcepersoner i eget behandlingsforløb.

Men med det fokus, der i Sundhedsaftalen ligger på borgernes perspektiv, er tiden nu kommet til også at inddrage dem i det organisatoriske arbejde på tværs af sektorerne.

Af samme grund sad to borgere med ved bordet, da sundhedsprofessionelle fra praksis, kommuner og region satte hinanden i stævne i *Samordningsudvalget for somatik, planområde Byen* den 20. januar 2017.

Samordningsudvalget, der skal sikre, at indsatserne i Sundhedsaftalen implementeres i de tre sektorer, kan dermed trække på erfaringerne fra to personer, der hver især har lange sygdomsforløb bag sig.

For Margit Schrøder, der er uddannet sygeplejerske og underviser på sygeplejeskolen Metropol, var deltagelsen i mødet en oplagt mulighed.

-Jeg synes, der er mange ting i vores sundhedsvæsen, der fungerer rigtig godt, men desværre også en hel del ting, der kunne være bedre. F.eks. kan man blive meget bedre til at inddrage brugerne, og giver dem mulighed for at sætte sig ind i alt, der vedrører deres behandling. I det lys er brugerinddragelse på det organisatoriske niveau også et rigtig fint skridt.

## MASSER AF ERFARING

Som mangeårig gigtpatient med nye knæ og nye hofter samt erfaring som pårørende til sin nu afdøde mor har 59-årige Margit Schrøder masser af erfaringer, som kan komme Samordningsudvalget til gode.

-Mit eget behandlingsforløb har generelt været godt, men når der engang imellem er gået noget galt, har det i høj grad handlet om manglende kommunikation og tilgængelighed. F.eks. er jeg kommet hjem med en genoptræningskuffert fra Vesterbro Sundhedshus. Den indeholder bl.a. en smartphone, der skal guide én i øvelserne. Men teknikken virkede ikke, og der var intet nummer, jeg kunne ringe til. Havde der været det, var jeg ikke kommet bagud med min genoptræning fra starten, konstaterer Margit Schrøder.

Den historie fortalte hun også på Samordningsudvalgets møde, hvilket resulterede i adskillige anerkendende nik rundt om bordet. Margit Schrøder følte sig da også meget velkommen i udvalget.

-De øvrige deltagere var meget imødekommende og lyttende, når vi sagde noget, og jeg havde også en fornemmelse af, at retorikken var lidt anderledes, end den måske plejer at være. Det var faktisk en rigtig god oplevelse.

## KAN GIVE HØJERE KVALITET

Samme positive fornemmelse sidder udvalgets regionale formand, hospitalsdirektør Anne Jastrup med. For hende er de to brugeres tilstedeværelse i udvalget et meget velkomment skridt.

-Det er de seneste år blevet tydeligt, at patienterne både på det individuelle og på det organisatoriske plan er en ressource, som vi i sundhedsvæsenet har undervurderet alt for længe. Meget tyder faktisk på, at brugernes input kan give en bedre oplevet kvalitet og samtidig skabe et mere sikkert sundhedsvæsen baseret på en højere faglig kvalitet. Dermed er der meget væsentlige grunde til at afprøve forskellige former for inddragelse, siger Anne Jastrup, der også peger på det økonomiske fundament for fremtidens sundhedsvæsen.

-Hvis vi om ti år vil have et bæredygtigt sundhedsvæsen, der er imødekommende overfor patienterne og samtidig leverer professionel behandling af høj faglig kvalitet, så skal vi være meget mere optagede af at udvikle den organisatoriske innovationskraft i alle tre sektorer. Det er bl.a. det, vi med deltagelse af brugerrepræsentanter har taget hul på nu, og som jeg håber vil føre til en anden og - for patienterne - bedre prioritering af ressourcerne.

## PILOTPROJEKTER MED BORGERRÆPRÆSENTANTER I SAMORDNINGSUDVALG PÅGÅR I:

- Samordningsudvalget for somatik i planområde Byen
- Samordningsudvalget for somatik i planområde Syd
- Samordningsudvalget for psykiatri i planområde Syd



# ET UDPLUK AF GODE METODER TIL STYRKET SAMARBEJDE MED BORGERNE

Sundhedsprofessionelle i almen praksis, kommuner og region kan nu slå op i en ny rapport, der kommer med anbefalinger til et forbedret samarbejde med borgerne – både på det individuelle og på det organisatoriske niveau.

Der har de seneste år været meget fokus på, at borgere og sundhedsprofessionelle skal indgå i et aktivt og ligeværdigt samarbejde.

Det skyldes dels et voksende krav fra borgerne, og dels et voksende antal undersøgelser, der peger på, at kvaliteten i behandlingen stiger, når borgerne inddrages og i højere grad er medbestemmende i eget behandlingsforløb.

Som en konsekvens har en arbejdsgruppe under Sundhedsaftalen nu undersøgt, hvordan det aktive samarbejde bedst muligt kan opnås i praksis. I rapporten, der har fået navnet "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler", skelnes der mellem metoder til individuel borgerinddragelse og metoder til organisatorisk borgerinddragelse. For den individuelle inddragelse anbefales to metoder for hver af de tre sektorer.

## DET DER VIRKER - PÅ TVÆRS

Arbejdsgruppen har også kortlagt en række fællestræk ved de samarbejdsmetoder, der har vist sig at virke på tværs af sektorerne.

Det drejer sig for det første om at få kortlagt borgerens personlige baggrund, erfaringer, behov og ønsker og bruge det som afsæt for de valg, der skal træffes i forhold til den enkeltes forløb. Metoderne gør også brug af et strukturerende redskab, som hjælper den sundhedsprofessionelle og borgeren med at sætte en ramme for samtalen. Det samme gælder brugen af støtteredskaber til kommunikationen, som har vist sig som en rigtig god investering i både almen praksis, kommuner og region. Støtteredskabet er f.eks. anvendt med succes, når den sundhedsprofessionelle skal beskrive risici overfor borgeren og sammenligne flere mulige forløb og behandlinger.

Endelig anbefales det i rapporten, at borgeren skal have mulighed for at forberede sig på sin behandling hjemmefra. Det kan f.eks. være ved hjælp af materiale fra "Hej sundhedsvæsen", forberedelsesskemaer og informationsfoldere.

De sektorspecifikke anbefalinger kan læses i rapporten "Aktivt samarbejde med borgerne i kommuner, almen praksis og på hospitaler". Den kan downloades her: [www.regionh.dk/aktivsamarbejde](http://www.regionh.dk/aktivsamarbejde)





## VISION

NYE OG BEDRE  
SAMARBEJDSFORMER

# TVÆRSEKTORIEL STUEGANG: NU SKAL SYSTEMET KOMME TIL BORGEREN

I Nordsjælland skal et tværsektorielt team fremover gå stuegang hos alvorligt syge ældre i kommunale døgntilbud. Færre genindlæggelser, øget patientsikkerhed og større tryghed blandt borgerne er nogle af de resultater, man håber på i opgøret med stafettænkningen.

Fra 1. maj 2017 vil alvorligt syge, ældre patienter, der udskrives fra Nordsjællands Hospital, møde en helt anden virkelighed end den, de er vant til.

Det bliver en virkelighed, hvor de i mindre grad vil opleve informationstab og manglende koordination, når de overføres fra den ene sektor til den anden. Tværtimod vil en gruppe af de ældre medicinske patienter, der udskrives fra hospitalet til en kommunal midlertidig døgnplads opleve, at de jævnligt får besøg af et tværsektorielt team, der præcis som på et hospital går stuegang og tilser dem.

Teamet består af en læge og en sygeplejerske fra hospitalet, der sammen med sundhedspersonalet fra kommunernes midlertidige pladser holder en moderne stuegang, hvor borgeren og evt. pårørende er i centrum. I mange tilfælde vil borgerens egen læge også deltage i stuegangen.

## INGEN MÅ SLIPPE STAFETTEN

Projektet er i bund og grund et opgør med det, som leder af Sekretariat for Sundhed og Omsorg i Helsingør Kommune, Marlene Würbler, kalder for stafettænkning.

-Det er et grundlæggende forsøg på at gøre op med den kultur og den organisering, der får os til at behandle borgerne som en stafet, som vi giver videre til hinanden, hvorefter vi selv som kommune, praktiserende læge eller hospital forsvinder ud af billedet. Det er et forsøg på at få os alle sammen til fortsat at holde fat i stafetten og dermed påtage os et fælles ansvar for borgeren gennem hele forløbet.

Projektet, der har fået navnet "Tværsektoriel stuegang – fremtidens tværsektorielle forløb - Fra stafet-tankegang til borgerens fælles team" inkluderer otte nordsjællandske kommuner og er særligt målrettet de svageste ældre borgere med komplekse sygdomsbilleder.

Det er de borgere, som Marlene Würbler og hendes kolleger i de øvrige kommuner ofte oplever bliver genindlagt på stribet.

Forklaringen er, at de ofte lider af flere forskellige sygdomme og tit kun er indlagt i ganske få dage ad gangen. Når vedkommende så udskrives, skal hospitalspersonalet ud fra et meget begrænset kendskab til personen formulere en plejeforløbsplan, som gives videre til kommunen.

En af udfordringerne er så, at der fortsat er brug for lægefaglige kompetencer i de ofte mange dage, som borgeren opholder sig i det kommunale døgntilbud, siger Marlene Würbler.

-I den periode kan der jo ske rigtig meget med borgeren, som kræver, at behandlingen justeres - f.eks. i form af ny medicin. Dermed er det samarbejde og den koordinering, som vi har på tværs af sektorerne, ikke tilstrækkelig, hvilket igen betyder, at borgerne ofte genindlægges. Med projektet vil vi derfor etablere en ny samarbejdsform, som giver mere effektive behandlingsforløb, og som også skaber den tryghed, der er afgørende for, at borgeren kan komme hurtigt tilbage til sin egen hverdag igen.

## STOR OPBAKNING

I projektperioden, der varer frem til udgangen af 2019, vil man så at sige vende tingene på hovedet, så systemet kommer til borgeren og ikke omvendt. Der skal være mere borger og mindre system, som Marlene Würbler udtrykker det. Og den holdning står hun langt fra alene med. Tværtimod har man oplevet en meget stor opbakning fra både kommuner, hospitaler og organisationer, fortæller hun.

-Jeg tror generelt, der er en modenhed i forhold til at afprøve helt nye samarbejdsmodeller – ikke mindst i lyset af den demografiske udfordring med flere og flere ældre. Der er vi simpelthen nødt til at skabe bedre og mere sammenhængende forløb, hvor borgerens behov reelt er i centrum.

Hvordan økonomien omkring den tværsektorielle stuegang kommer til at se ud på længere sigt, er endnu for tidligt at sige noget om, siger Marlene Würbler, men det er heller ikke så afgørende.

-Der vil formentlig være steder i systemet, hvor det vil spare penge, og andre steder, hvor det vil koste flere - men hvor det bliver, ved vi ikke. Men det er heller ikke det, vi har fokus på lige nu. Det afgørende er, at vi får udviklet og afprøvet en ny måde at samarbejde på, der kan give syge ældre en mere værdig og tryk alderdom. Så må økonomi og andre fordelingsmæssige forhold mellem sektorerne falde på plads senere.



# PRINCIPPER FOR NYE SAMARBEJDSFORMER

Principperne for nye samarbejdsformer blev godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 30. september 2016. Formålet med principperne er at skabe en ramme for udvikling af nye samarbejdsmodeller.

## Nye samarbejdsmodeller skal:

1. Skabe værdi for borger og patient
2. Indeholde borgerinddragelse
3. Bygge på integreret opgaveløsning
4. Udfordre eksisterende rammer
5. Understøttes af en evalueringsmodel
6. Bygge på LEON-princippet

## NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER - 4 MODELPROJEKTER

En arbejdsgruppe har med udgangspunkt i principper for nye samarbejdsformer udviklet fire modelprojekter:

### TVÆRSEKTORIEL STUEGANG

I projektet afprøves en ny form for stuegang for borgere på midlertidige døgnpladser. Den tværsektorielle stuegang består af et udgående team fra hospitalet, sygeplejersker fra de kommunale midlertidige pladser og egen læge, der i et møde med borger og pårørende planlægger det videre pleje- og behandlingsforløb.

Målgruppen for projektet er svækkede ældre borgere med svære medicinske problemstillinger eller komplekse sygdomsforløb.

Projektpartnerne er Nordsjællands Hospital, almen praksis samt Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Hørsholm kommuner.

### FRA DOBBELTARBEJDE TIL EN ENKELTHED FOR PATIENTER MED SAMTIDIG PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG

Projektet skal udvikle en tværsektoriel model for implementering af indsatser overfor borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Der er behov for at borgere med dobbeltdiagnoser får en koordineret indsats, hvor

alle relevante aktører på tværs af sektorer aktivt bidrager til borgerens behandlingsbehov.

Projektpartnerne vil blive Region Hovedstadens Psykiatri, herunder de psykiatriske centre og kommuner i planområdet Syd.

### TVÆRSEKTORIEL NEUROREHABILITERING – MIND THE GAP – CLOSE THE GAP

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Herlev og Gentofte Hospital arbejder i øjeblikket sammen med kommunerne i planområdet Midt om at udvikle den endelige projektmodel.

### TIDLIG OPSPORING AF BØRN OG UNGE MED TEGN PÅ MISTRIVSEL

Projektets formål er at udvikle en samarbejdsmodel mellem almen praksis og den kommunale PPR, der skal sikre tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel.

Projektmodellen er ikke færdigudviklet. Frederiksberg, Halsnæs, Gladsaxe, Egedal og Københavns Kommune har meldt sig som interesserede i projektet. Foreløbig er det Frederiksberg og Halsnæs, der arbejder videre med udvikling af en projektmodel.

# BEDRE KOORDINERET INDSATS TIL PSYKISK SYGE MED MISBRUGSPROBLEMER

Ny model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner skal sikre et bedre samarbejde mellem sektorerne i behandlingen af borgere med psykisk sygdom og samtidige misbrugsproblemer.

Borgere med en dobbeltdiagnose, som psykisk sygdom og misbrug, kræver ikke en dobbeltindsats.

De har derimod brug for en bedre koordineret indsats, hvor alle aktører i sundhedsvæsenet aktivt bidrager til borgerens behandling.

Sådan står der i beskrivelsen af det projekt, der under Sundhedsaftalen skal udvikle en model for tværsektoriel implementering af koordinerende indsatsplaner.

Som det er i dag, er behandlingsansvaret for eksempel borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug opdelt, så regionen står for den psykiatriske behandling og kommunerne for misbrugsbehandlingen.

Det leder ofte til, at borgeren skal følge flere forskellige behandlingsplaner hos de respektive aktører, og at borgeren dermed selv står med ansvaret for, at planerne koordineres på tværs.

Projektet, der har titlen "Fra dobbeltarbejde til en enkelthed for patienter med psykisk sygdom og samtidig misbrug", vil gøre op med dette.

Det skal ske ved at udvikle en samarbejdsmodel, der sikrer, at de koordinerende indsatsplaner implementeres i det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner samt private misbrugsbehandlingstilbud og egen læge.

Dermed skabes et mere sammenhængende tilbud, der vil gøre det nemmere at fastholde borgeren i behandlingen og samtidig gøre det lettere for denne at engagere sig i egen behandling.

Overordnet set skal samarbejdsmodellen bygge videre på erfaringer fra andre projekter vedrørende dobbeltdiagnosticerede borgere samt øvrige eksisterende tværsektorielle udviklingsprojekter.

Endelig er det meningen, at den koordinerende indsatsplan skal udarbejdes i et samarbejde mellem alle relevante sundhedsaktører og borgeren for derved at skabe et mere forpligtende ejerskab.

Projektet løber i perioden 2017-2019 og er et samarbejde mellem Psykiatrisk Center Glostrup og kommunerne i planområde Syd. Det er forventningen, at modellen også vil kunne bruges i andre sammenhænge f.eks. i forbindelse med implementering af samarbejdsaftalen, der sætter rammerne for samarbejdet mellem de 29 kommuner og Region Hovedstaden.





**VISION**

LIGHED I SUNDHED



# NY ARBEJDSGRUPPE SKAL FREMME SAMARBEJDET PÅ BØRNEOMRÅDET

Børn er et nyt fokusområde i Sundhedsaftalen. For at støtte op om implementeringen af de mange indsatser, er der nedsat en arbejdsgruppe, der kun skal fokusere på børneområdet.

Børn rammes også af sygdom, enten selv eller som pårørende, hvor et styrket tværsektorielt samarbejde kan bidrage til et bedre forløb. Der vil også i mange tilfælde kunne igangsættes mere forebyggende støtte, hvis sektorerne bliver bedre til at gøre hinanden opmærksomme på problemer i børnefamilier.

I Sundhedsaftalen er der i alt syv indsatser, der har til hensigt at styrke det tværsektorielle samarbejde på børneområdet. Indsatserne skal løftes af en arbejdsgruppe, der er nedsat under Sundhedsaftalen specifikt på børneområdet.

Der skal i det tværsektorielle samarbejde om indsatserne tages højde for, at børneområdet både i hospitalsregi og i kommunalt regi er organiseret anderledes end på voksenområdet. Forventningen er, at man ved at samle indsatserne vil kunne opnå en række synergieffekter – ikke mindst fordi mange af arbejdsgruppens medlemmer er uddannede i og vant til at arbejde med børneområdet.

Det er dermed håbet, at arbejdet med de konkrete indsatser på børneområdet og det øgede fokus på, hvordan der skal samarbejdes tværsektorielt, kan bidrage til en styrket indsats på sundhedsområdet for børn.

I april 2017 igangsættes det første udviklingsprojekt, der skal styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier. Dertil kommer, at arbejdsgruppen er kommet med en henstilling til både hospitalspersonale og praktiserende læger. I henstillingen opfordrer man til, at medarbejdere i de to sektorer i højere grad anvender "underretningen" i deres kommunikation med kommunerne.

Arbejdsgruppen vedrørende samarbejdet på børneområdet er tidsbegrænset frem til udgangen af 2018. Gruppen er nedsat efter samme model som de øvrige grupper under Sundhedsaftalen. Den har i alt syv indsatser og holdte sit femte møde i februar 2017.

# "UNDERRETNING" SOM KOMMUNIKATIONSFORM

Flere steder i Sundhedsaftalen peges der på behov for redskaber til at kommunikere mellem sektorerne for at sikre samarbejde om og med børn og deres familier. Det er vurderet, at "underretning" er et brugbart redskab, men at der stadig hersker misforståelser om "underretninger" hos fagpersonale i de tre sektorer samt hos borgerne.

Underretning er en måde at varsle kommunerne om en bekymring. Underretningen modtages af kommunale medarbejdere på børn- og ungeområdet, der som oftest ikke sidder med specifik viden om sundhedsområdet. Derfor er det vigtigt, at sundhedsfaglige i underretningen får forklaret konsekvenserne af fx en utilstrækkelig behandling af barnets sygdom.

Ved modtagelse af en underretning går kommunerne ind og vurderer, hvordan den meldte bekymring bedst varetages. Kommunen har mange og forskelligartede tilbud til at støtte og hjælpe barnet og familiens hverdag. Kommunen kan også melde tilbage til underretteren, at der allerede er igangsat en indsats for barnet og familien.

**Læs mere om underretning på Ankestyrelsens hjemmeside [www.deldinbekymring.nu](http://www.deldinbekymring.nu)**

# MÅLRETTET FORSKNING SKAL SKABE BEDRE LIV FOR ALLE

Psykisk syge og sårbare gravide er i fokus i to forskningsprojekter, der sigter mod at skabe større lighed i sundhed.

For nogle mennesker er livet en leg, mens det for andre er fyldt med dårlige odds og svære udfordringer. Mennesker med psykisk sygdom kan f.eks. forvente en generelt lavere livskvalitet, ligesom de kan se frem til at dø 15 – 20 år tidligere end andre.

På samme måde har mellem tre og fem procent af en forældreårgang så store sociale og psykologiske problemer, at deres børn udvikler tilknytningsforstyrrelser. Ifølge statistikken betyder det, at børnene på længere sigt bliver mere syge og i højere grad mistrives.

I Region Hovedstadens Sundhedsaftale med kommunerne ser man på uligheden i sundhed med stor alvor. Af samme grund skal to forskningsprojekter undersøge og udvikle modeller for, hvordan dødeligheden hos svært psykisk syge kan mindskes, og hvordan man kan styrke tilknytningen mellem sårbare gravide og deres børn.

## OVERSER EGNE SYMPTOMER

Om det af projekterne, der retter sig mod psykisk syge, og som samtidig lider af en somatisk sygdom, siger forskningsleder i Region Hovedstadens Tværsektorielle Forskningsenhed, Ane Friis Bendix:

-Formålet er helt konkret at optimere opsporingen af kroniske, somatiske lidelser som f.eks. hjertekarsygdom, diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol hos svært psykisk syge patienter, derefter igangsætte en medicinsk behandling og sikre, at patienterne fastholdes i behandlingen.

Problemet er, forklarer Ane Friis Bendix, at de svært psykisk syge patienter sjældent selv er opmærksomme på symptomerne fra somatisk sygdom og desuden har svært ved selv at henvende sig til egen læge.

Dertil kommer, at lægen ofte overser den somatiske sygdom, når patienten endelig dukker op i konsultationen. Den psykiske lidelse løber så at sige med al opmærksomhed.

Forskningsprojektet handler derfor om at udvikle en model, hvor de deltagende praktiserende læger gennemfører en ekstraordinær screening af deres psykisk syge patienter for somatiske sygdomme. Derefter skal patienterne med hjælp fra kommunernes støttekontaktpersoner og deres primærbehandlere i psykiatrien fastholdes i behandlingen.

I arbejdet med modellens udformning bliver alle tre sektorer og ikke mindst patienterne selv inddraget. For Ane Friis Bendix og hendes kolleger giver det en forhåbning om, at der vil opstå et ejerskab, som også kan bidrage til at fastholde patienterne i behandlingen.

-Vi er endnu ikke nået så langt, men vores håb er, at inddragelsen af den kommunale støttekontaktperson og primærbehandleren i psykiatrien sammen med patienternes ejerskabsfølelse kan få flere patienter til at følge et behandlingsforløb for deres somatiske sygdom. I sidste ende skal det meget gerne resultere i bedre livskvalitet og mindre dødelighed hos en gruppe mennesker, der i forvejen har rigtig mange problemer at slås med.

## SÅRBARE GRAVIDE

Sundhedsplejersker og jordemødre skal mere på banen. Svære problemer som angst, depression, arbejdsløshed og generelt dårlig trivsel er også centrale i det andet forskningsprojekt, der fokuserer på sårbare gravide.

Her er udfordringen, at de ofte meget unge mødres problemer har en stærk negativ indvirkning på barnets opvækst og trivsel.

-Vi ved, at det er i barnets første leveår, at det skal udvikle en god og stærk tilknytning til sine forældre. Vi ved desværre også, at det i mange tilfælde ikke sker, hvis forældrene selv har store sociale og psykiske problemer. Derfor er vores mål med projektet at udvikle og afprøve en ny tværsektoriel indsats, der skal opspore og styrke den sårbare gravide og samtidig forberede forældrene på livet som familie, siger Ane Friis Bendix.

Konkret handler det bl.a. om at indføre systematisk screening for angst og depression hos den sårbare gravide og at få de kommunale sundhedsplejersker på banen også under graviditeten.

-I projektet vil vi fra tidligt i graviditeten afholde fælles konsultationer med jordemoder og sundhedsplejerske for de sårbare gravide, ligesom sundhedsplejersken vil tage på hjemmebesøg under svangerskabet samt på flere besøg efter fødslen. Ved disse besøg skal der tilbydes individuel forældretræning med det formål at støtte tilknytningen mellem barn og forældre.

Endelig, siger Ane Friis Bendix, vil projektet have fokus på at forbedre overleveringen af information fra barselsgangen til den kommunale sundhedspleje, så denne forberedes så godt som overhovedet muligt.

-Samlet set kan initiativerne forhåbentlig være med til at give det lille barn en bedre start på livet og dermed også være med til at bryde den negative sociale arv.

#### **FAKTA**

Projektet vedrørende sårbare gravide er forankret på Herlev-Gentofte Hospital og i de tilhørende kommuner. Det forventes at starte op omkring 1. juni 2017. Forskningen i en behandlingsmodel for psykisk syge med samtidig somatisk sygdom er endnu i udviklingsfasen, og det er ikke besluttet, hvor projektet konkret skal forankres. Dette afklares i nærmeste fremtid.



# PILOTPROJEKT SKAL UDVIKLE DIFFERENTIEREDE TILBUD TIL SÅRBARE

Sundhedsaftalen skal udvikle differentierede tilbud til mennesker med kronisk sygdom/multisygdom. I første omgang sigter et pilotprojekt mod, at flere mennesker med psykisk sygdom skal undersøges og tilbydes behandling for type 2 diabetes.

Sårbare borgere med kronisk sygdom og/eller multisygdom får ikke i tilstrækkelig grad gavn af de eksisterende tilbud i regi af forløbsprogrammerne.

Sundhedsaftalen skal derfor udvikle mere differentierede og tilgængelige tilbud til disse grupper. I første omgang sigter et pilotprojekt mod at indsamle viden og erfaringer, bl.a. ved at flere mennesker med psykisk sygdom undersøges og behandles for diabetes.

Det konkrete projekt er inddelt i to faser. Første fase fokuserer på opsporing af diabetes og behandlingsindsatsen i hospitalsregi. Anden fase, som der dog ikke er taget stilling til endnu, vil sigte mod at optimere livsstilsrådgivningen i kommunerne og samtidig udvikle disses rehabiliteringstilbud, så de i højere grad benyttes af mennesker med psykisk sygdom.

Som en del af første fase skal medarbejdere fra de opsøgende psykiatriske teams (OP-teams) bl.a. rustes til at styrke patienternes motivation i forhold til screening og eventuel behandling. Planen er desuden, at teamet i en overgang rent fysisk skal følge patienterne til hospitalskontrol og dermed sikre en stabil og vedvarende kontakt til sundhedsvæsenet.

Pilotprojektet vil, når det skydes i gang i efteråret 2017, tage udgangspunkt i patienter, der er i behandling hos det opsøgende psykiatriske team i Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Ballerups optageområde.

Det forventes i den forbindelse, at mellem 480 og 600 patienter vil blive tilbudt screening for diabetes. Heraf vurderes det, at én ud af ti allerede har sygdommen, og at et tilsvarende antal har sygdommen, uden at vide det. Dermed vil i alt 100-120 patienter blive omfattet af projektet.

Indsatsen er forankret i Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom.



**VISION**

SAMMENHÆNG OG KVALITET



# PSYKIATRI PÅ TVÆRS: 29 KOMMUNAL-REGIONALE AFTALER BLEV TIL ÉN FÆLLES

Én fælles aftale med kommunerne har nu afløst 29 separate aftaler på psykiatriområdet. Målet er at skabe mere sammenhæng, større inddragelse og i sidste ende højere livskvalitet for borgeren.

Som en del af Sundhedsaftalen for 2015 – 2018 har Region Hovedstaden i samarbejde med de 29 kommuner formuleret en ny fælles samarbejdsaftale på psykiatriområdet.

Med aftalen, der blev godkendt i marts 2017, blev de 29 separate aftaler, der tidligere var indgået med de respektive kommuner, reduceret til én fælles aftale på børne- og ungeområdet og én fælles aftale på voksenområdet.

Ud over at forenkle det administrative arbejde betragteligt sigter den nye aftale mod at skabe mere sammenhæng på tværs af sektorerne og mod i højere grad at inddrage borgere og pårørende i et mere recovery-orienteret perspektiv.

Ledende socialrådgiver ved Psykiatrisk Center Ballerup, Eva Tangdal, har siddet med i den regional/kommunale arbejdsgruppe, der har udformet den nye samarbejdsaftale.

Hun fremhæver bl.a. det forhold, at aftalen meget præcist beskriver rammerne for samarbejdet og opgavefordelingen mellem kommuner og region.

-Dertil kommer et specifikt afsnit i aftalen, som handler om opgavefordelingen i forbindelse med borgere på botilbud, hjemløse og borgere, der både har et misbrug og er psykisk syge. Det er et område, hvor der tidligere har været en del uklarhed, så det er en markant forbedring, siger hun.

Det synspunkt er fagspecialist i Gladsaxe Kommune, Gerda Zacho Hansen, helt enig i.

-Mennesker med psykisk sygdom står ofte i en meget kompleks livssituation, der betyder, at de skal have kontakt til mange forskellige offentlige instanser. De har absolut ikke brug for, at der fra systemets side er usikkerhed om hvem, der skal hjælpe dem. Derfor er det også på dette punkt en rigtig god aftale, vi er kommet frem til.

## ANBEFALER FLERE NETVÆRKSMØDER

I forhold til ønsket om større inddragelse af borgeren og dennes pårørende beskriver aftalerne desuden en række værktøjer, der kan anvendes - heriblandt netværksmøder, hvor både borgeren, dennes pårørende og repræsentanter fra kommune og region deltager.

-Der kommer jo løbende nye borgere ind, som vi ikke kender i forvejen, siger Gerda Zacho Hansen. I den forbindelse tror jeg, det er en rigtig god ide med flere netværksmøder, hvor vi kan kommunikere mere direkte med hinanden og f.eks. hurtigt kan få fastslået, hvad målet med behandlingen skal være.

Både Gerda Zacho Hansen og Eva Tangdal er enige om, at borgerperspektivet træder væsentlig tydeligere frem i den nye aftale end i de gamle. Og det er en meget velkommen udvikling, siger de.

-Det er en aftale, der har fokus på borgeren, og som samtidig er mere handlingsanvisende og mere specifik i forhold til, hvordan vi som sundhedsprofessionelle og socialfaglige skal samarbejde i hverdagen. Det gør forhåbentligt, at vi får endnu lettere ved at koordinere indsatserne på tværs, og dermed i sidste ende medvirker til, at borgeren oplever en endnu højere kvalitet i behandlingen.

# STØRRE FÆLLES FOKUS PÅ PATIENTSIKKERHED

Rammen for de tværsektorielle patientsikkerhedsfora under Sundhedsaftalen er nu på plads. Vi har spurgt repræsentanter fra kommune, hospital og almen praksis om deres erfaringer hidtil.

Fra og med Sundhedsaftalen 2011 – 2014 har patientsikkerhed i forbindelse med tværsektorielle behandlingsforløb været et obligatorisk indsatsområde. Og i regi af Sundhedsaftalen 2015 - 2018 er arbejdet med at etablere en organisatorisk ramme for samarbejdet blevet gennemført.

Det betyder bl.a., at der på Region Hovedstadens områdehospitalet er etableret tværsektorielle patientsikkerhedsfora, hvor repræsentanter fra praksis, kommuner og hospitaler med jævne mellemrum gennemgår utilsigtede hændelser, der har fundet sted i en given periode.

De enkelte hændelser diskuteres, og man forsøger i fællesskab at finde frem til de bagvedliggende årsager. Analysen og de opnåede indsigter gives herefter videre til de respektive samordningsudvalg med henblik på prioritering af indsatser.

En af de personer, der har været med fra starten, er risikomanager på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Mia Hartley.

Hun fortæller, at det har taget lidt tid for patientsikkerhedsforummet Byen, at finde sin rette form og arbejdsgang - men at det har været værd at vente på.

-Jeg synes, vi efterhånden har fundet en rigtig god form, hvor vi ikke bare kigger på enkeltstående hændelser, men leder efter mønstre og forsøger at kortlægge de bagvedliggende årsager. Dermed får vi bearbejdet materialet, så det forhåbentlig er lettere for vores samordningsudvalg at sætte ind med de nødvendige indsatser.

## MANGLENDE AJOURFØRING

Den pointe er risikomanager i Frederiksberg Kommune, Merete Larsen, helt enig i.

Hun sidder i det samme patientsikkerhedsforum som Mia Hartley og mener, at en større forståelse for samarbejdspartnerne i de andre sektorer er en af de allerstørste gevinster.

-Man får et rigtig godt indblik i, hvor komplekst sundhedsvæsenet i virkeligheden er, og hvor mange aktører der skal arbejdes sammen for at få tingene til at lykkes. Derfor er det også helt afgørende at kende de andres måder at arbejde på og desuden have faste arbejdsgange, der kan lette håndteringen af det meget store flow, vi oplever.

Merete Larsen fortæller, at en betragtelig del af de utilsigtede hændelser, som forummet analyserer, netop handler om arbejdsgange, der ikke har givet det ønskede resultat.

-Når vi dykker ned i en sag, kan problemet være, at en arbejdsgang er blevet overhalet af it-udviklingen og derfor skal ajourføres. Den anbefaling giver vi så videre til samordningsudvalget, siger hun.

## BESKEDER GÅR TABT

Men, der er også en del sager, der er mere lavpraktiske, og som ikke har noget med it at gøre. Et eksempel kunne være kommunikationen mellem hospital og kommune om medicinering af netop udskrevne borgere.

Merete Larsen nævner en konkret sag, hvor det af medicinlisten fremgik, at borgeren var udskrevet med en tablet af 100 mg. Men fra hospitalets side var der ved udskrivningen medsendt to tabletter, så hjemmehjælperen troede, der var sket en fejl, og kontaktede sin egen leder.

Men der var nu ikke tale om en fejl.

-Den pågældende dag havde hospitalet bare ingen 100 mg-tabletter i sortimentet, og borgeren havde derfor fået to tabletter af 50 mg med sig. Problemet var, at ændringen blev noteret i bemærkningsfeltet, som det ikke er hjemmehjælperens opgave at læse, siger Merete Larsen og tilføjer:

-Sager som den tager en masse tid og skaber usikkerhed både hos borgeren og i hjemmeplejen. Af samme grund synes jeg, at arbejdet i patientsikkerhedsforummet er både vigtigt og frugtbart. Overfor samordningsudvalget tematiserer og præsenterer vi de problemer, man oplever i sektorovergange, og det er så op til udvalget at tage stilling til, om der skal udarbejdes nye arbejdsgange på området. Det, synes jeg, er en rigtig god fremgangsmåde, som både løser konkrete problemstillinger og samtidig sikrer, at vi lærer hinanden endnu bedre at kende.

## DE PRAKTISERENDE LÆGERS ROLLE

De fleste af de praktiserende læger, der fra 2014 også fik sæde i de 4 patientsikkerhedsfora, melder tilbage, at de finder arbejdet konstruktivt. På samme måde værdsættes deres deltagelse af de øvrige medlemmer.



Jonas Meile, der er praktiserende læge og tidligere hospitalspraksiskonsulent for Amager og Hvidovre Hospital, henviser dog til, at man på regionalt niveau i forvejen har konsulenter, der håndterer utilsigtede hændelser i praksis. Disse kunne måske bringes yderligere i spil - også når der er tale om lokale spørgsmål, siger han.

-Det er helt sikker vigtigt, at praksis er med i samarbejdet, men spørgsmålet er, om det ikke er tilstrækkeligt, at de regionale UTH-konsulenter allerede er inddraget? De sidder jo i forvejen med alle utilsigtede hændelser i hele regionen og har formentlig lettere ved at genkende mønstre og se sagerne i et større perspektiv, siger han.

Spørgsmålet er bragt videre og er én af de muligheder, der vil være på dagsordenen, når den planlagte evaluering af patientsikkerhedsfora finder sted i 2018.

I patientsikkerhedsfora er de praktiserende læger repræsenteret ved hospitalspraksiskonsulenterne. De er praktiserende læger, der er tilknyttet hvert hospital som et bindeled mellem hospital og almen praksis. Hospitalspraksiskonsulenterne har lokalt kendskab til kommuner og hospitaler i området og er desuden tilknyttet de lokale samordningsudvalg.

# FULD FART PÅ EPIKRISEN

Som følge af Sundhedsaftalen modtager praksissektoren nu tre ud af fire epikriser indenfor én hverdag. Det forbedrede tværsektorielle samarbejde har store fordele for både borgere og sundhedsprofessionelle.

I Region Hovedstaden er der blevet væsentligt længere mellem de situationer, hvor en praktiserende læge står overfor en netop udskrevet borger, men ikke er i besiddelse af en epikrise. Og det er godt nyt for både borgeren, den praktiserende læge og for de sundhedsprofessionelle i region og kommuner.

Helt konkret nåede knap 78 procent af alle epikriser i februar 2017 frem til den praktiserende læge indenfor én arbejdsdag. Det er en forbedring på godt ti procentpoint siden 2015, hvor man i forbindelse med Sundhedsaftalen skærpede kravene til hurtig fremsendelse.

Det lovpligtige krav om afsendelse af epikriser lød dengang som nu på tre hverdage, men gav altså anledning til de ovennævnte situationer, som bl.a. kan medføre usikkerhed omkring medicinering og mindre tryghed hos borgerne.

Af samme grund tilpassede Region Hovedstaden i starten af 2016 sin overordnede månedlige driftsmålstyring for rettidighed i fremsendelse af epikriser, så målet nu hedder fremsendelse indenfor én hverdag.

I dag kan man så se tilbage på en støt stigende kurve, der betyder, at de praktiserende læger er væsentlig bedre klædt på i forhold til at forstå borgernes situation umiddelbart efter en udskrivelse fra hospitalet. Og med et måltal på 90 procent rettidigt fremsendte epikriser er forventningen, at der i fremtiden vil kunne skabes endnu bedre forløb og dermed større tryghed for borgerne.

# HØJERE KVALITET OG STØRRE TRYGHED MED TELEMEDICINSK SÅRBEHANDLING

Erfaringerne med telemedicinsk sårbehandling er ikke til at tage fejl af – det er en succes for både borgere og sundhedsprofessionelle.

Højere kvalitet, øget effektivitet og en langt større tryghed hos borgeren.

Det er bare nogle af de gode resultater, der i et projekt under Sundhedsaftalen er opnået med telemedicinsk sårbehandling.

I modsætning til traditionel sårbehandling foregår telemedicinsk sårbehandling ikke på hospitalet, men udføres af den kommunale sårsygeplejerske i borgerens eget hjem eller i et kommunalt sundhedscenter.

Her sender sygeplejersken typisk billeder af såret til en specialist på hospitalet, som herefter rådgiver om den videre behandling.

## MARKANT FORBEDRET SÅRBEHANDLING

I alle 29 kommuner har arbejdsgangen vist sig at have en lang række fordele for både borger og sundhedsprofessionelle. Blandt de væsentligste er en større ensartethed i behandlingen og en markant stigning i kvaliteten.

En landsdækkende evaluering viser således, at 83 procent af de kommunale sygeplejersker vurderer at sårbehandlingen er forbedret med telemedicinsk sårvurdering. Det tilsvarende tal for ansatte på hospitalerne er 75 procent.

Ifølge personalet er de fine tal i høj grad et resultat af, at borgerne hurtigere kommer i behandling, og at det samtidigt tager kortere tid at ændre behandlingen, hvis det skulle blive nødvendigt.

Endelig siger personalet, at en bedre kommunikation på tværs af sektorerne har resulteret i øget effektivitet, ligesom de hjemlige omgivelser markant højner borgernes tryghed.

## FORBEDREDE KOMPETENCER

Men telemedicinsk sårbehandling er ikke kun en fordel for borgerne. Således svarer 85 procent af de kommunale sygeplejersker og en tilsvarende andel af hospitalspersonalet, at de har øget deres viden om vurdering og behandling af sår. Der peges på efteruddannelse, men også på vidensdeling mellem sektorerne som væsentlige årsager.

I forlængelse af det bedre samarbejde giver sårsygeplejerskerne på hospitalerne også udtryk for, at de via telemedicinsk sårbehandling har fået en større forståelse for de kommunale sygeplejerskers arbejdsvilkår, ligesom de peger på store fordele ved brugen af Pleje.net, der udgør et samlet dokumentationssystem med fælles diagnoselister og fælles dokumentationspraksis.

For flere oplysninger om den landsdækkende evaluering af telemedicinsk sårvurdering - se [www.regionh.dk/telesaarvurdering](http://www.regionh.dk/telesaarvurdering)

# FAKTA OM FORLØBSPROGRAMMER

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Forløbsprogrammerne skal sikre at den rette behandling og rehabilitering sættes i gang på rette

tid og sted. De udviklede forløbsprogrammer skal løbende revideres og monitoreres for at imødekomme ny viden og nye behov.

| FORLØBSPROGRAM                                                              | STATUS                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| KOL                                                                         | Revideret i 2015                                              |
| Type-2 diabetes                                                             | Revideret i 2016                                              |
| Demens                                                                      | Revideres i 2017                                              |
| Hjerte-kar sygdomme                                                         | Revidering påbegynder i 2017                                  |
| Lænderyg-lidelser                                                           | Revidering påbegynder i 2017                                  |
| Kræftrehabilitering og palliation*                                          | Implementeringsplan godkendt i 2014                           |
| Erhvervet hjerneskade*<br>(for henholdsvis børn og voksne)                  | Implementeringsplan under udarbejdelse<br>- genoptages i 2017 |
| Psyriske lidelser - Mennesker med samtidig ikkepsykotisk lidelse og misbrug | Udarbejdelse påbegynder i 2017                                |

\*Nationalt forløbsprogram

# FAKTA OM GENOPTRÆNINGSFORLØBSBESKRIVELSER

De tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser er udarbejdet for en række udvalgte genoptræningsforløb. Genoptræningsforløbsbeskrivelserne skal understøtte en ensartet evidensbaseret indsats på tværs af sektorer i Region

Hovedstaden. Beskrivelserne er udarbejdet på baggrund af en systematisk søgning og vurdering af den dokumenterede evidens sat i relation til at genoptræning er et forløb med et start- og sluttidspunkt.

|                                         | STATUS                                         |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Bankart Læsion                          | Godkendt 2013                                  |
| Benamputerede                           | Godkendt 2015                                  |
| Hoftenære brud                          | Godkendt 2015                                  |
| Total knæ alloplastik                   | Godkendt 2016                                  |
| Hoved-halskræft                         | Godkendt 2016                                  |
| Distal radius brud                      | Godkendt 2016                                  |
| Den ældre medicinske faldtruede patient | Under udarbejdelse,<br>forventes godkendt 2017 |

# STATUS PÅ INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN

AFSLUTTET FRA  
ARBEJDSGRUPPE/FORA

UNDER IMPLEMENTERING

UNDER UDVIKLING

| VISIONSOMRÅDER I SUNDHEDSAFTALEN  |                                | INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN                                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BORGEREN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART |                                | 1. Metoder til at fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende                                               | 2. Telemedicinske indsatser National kortlægning af eksisterende initiativer indenfor tele-sundhed                                   | 2. Telemedicinske indsatser Telemedicinsk sårvurdering                                                                                     | 2. Telemedicinske indsatser Hjertelinsufficiens                                                       |
| NYE OG BEDRE SAMARBEJDSFORMER     |                                | 5. Principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller                                               | 6. Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter                                                                               |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
| LIGHED I SUNDHED                  |                                | 7. Udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.    | 8. samarbejdsmodel for tværsektorielt samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.                                          | 9. Differentierede indsatser (målgrupper og afprøvning af modeller)                                                                        | 10. Tværsektorielle projekter målrettet sårbare gravide – evaluering og anbefalinger                  |
| SAMMENHÆNG OG KVALITET            | Tværgående indsatser           | 17. Aftale om FMK i det tværsektorielle samarbejde                                                                | 19. Tværsektoriel organisering af samarbejdet om utilsigtede hændelser                                                               | 27. Telemedicinsk sårvurdering                                                                                                             | 13. Rehabiliteringsdatabasen                                                                          |
|                                   |                                | 28. Adgang til rdg. og specialviden ved borgere med komplekse pleje- og rehabbehov samt borger med psykisk sygdom | 29+56. Overordnet ramme for Rammedelegation , herunder samarbejdet omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud | 30. Opgaveoverdragelse ved større strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region                             | 31. Tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed                            |
|                                   | Forebyggelse                   | 32. Anbefalinger vedr. tilbud på SOFT-portalen                                                                    | 42. Entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling                                                            | 43. Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsbehandling                                                              | 33. Samarbejde om alkohol og tobaksintervention forud for operation                                   |
|                                   | Behandling og pleje            | 51. Revidering af Kommunikationsaftale på det somatiske område                                                    | 55. Redskaber til tidlig opsporing vedr. begyndende sygdomsudvikling                                                                 | 59. Organisering og ansvarsfordeling i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis med fokus på rettidig medicinkommunikation | 61. Hurtigere fremsendelse af epikriser                                                               |
|                                   |                                | 15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det psykiatriske område                          | 53. Aftale om støtte til borgere med kommunikationsvanskeligheder der indlægges fra sociale tilbud                                   | 57. analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte – behov for implementering af yderligere indsatser                                       | 58. Koordinering og implementering af forløbskoordinering og de regionale og kommunale følgeordninger |
|                                   | Genoptræning og rehabilitering | 68. Henvisning til genoptrænings- og rehabiliteringsforløb                                                        | 67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter                                                                       | 69. Genoptræningsforløbsbeskrivelser                                                                                                       | 72. Udmøntning af bekendtgørelse og vejledning om genoptræning                                        |

OBS: INDSATSER DER STARTES OP I 2017 OG 2018 I HENHOLD TIL IMPLEMENTERINGSPLANEN FOR 2017/2018 INDGÅR IKKE I OVERSIGTEN (15 INDSATSER).



# 2015 – 2018 FREM TIL ULTIMO 2016



ENDNU IKKE IGANGSAT  
SOM PLANLAGT



AFVENTER NATIONALE INITIATIVER FØR DE  
KAN IGANGSÆTTES ELLER ER PAUSERET

| INDSATSER I SUNDHEDSAFTALEN                                                           |                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 3+4. Fremme aktivt samarbejde med borgere og pårørende (implementering af metoder)    | 2. Telemedicinske indsatser. National udrulning af hjemmemonitorering af patienter med KOL                                    |                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                              |
| 11. Indsatser for mennesker med dobbeltdiagnoser                                      |                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                              |
| 16. Følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet                | 20. Etablere et systematisk og struktureret samarbejde vedr. borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb | 21. Indikatorer til at følge implementeringsgrad og kvaliteten i forløbsprogrammer | 22. Storforbrugerprojekt                                                                                           | 23. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. sundhedsprofilerne                    |
| 15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på børneområdet         | 24. Regionens rdg.s forpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom                                                          | 14. Datafangst fra almen praksis – udvikling af nye indikatorer                    | 18. Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerhedsdatabase                                                      |                                                                              |
| 45. Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser                                | 48. Motivation af borgere med psykisk sygdom til kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud               | 50. Tidlig opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn          |                                                                                                                    |                                                                              |
| 15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på det ambulante område | 54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om børn og unge med psykisk sygdom                                                 | 54+36a+39+47. Revision af Samarbejdsaftale om borgere med psykisk sygdom           | 62. Plan for implementering af anbefalingerne i det nationale Forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation | 15+52. Udarbejdelse og implementering af kommunikationsaftale på akutområdet |
| 60. Tværsektoriel model for systematisk medicinalgennemgang og medicinafstemning      | 63. Implementering af SST forløbsprogram for børn og voksne med erhvervet hjerneskade                                         | 64. indsatser i fht erhvervet hjerneskade                                          | 65+66. Revision af Forløbsprogram for demens                                                                       | 67. Mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter               |
| 73. Nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade        |                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                              |

