

# Sundhedsaftalen 2015 – 2018

Version 1. Den 28. februar 2014

1. Vision for Sundhedsaftalen 2015-18 .....	2
1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren .....	3
1.2 Sundhed for alle .....	5
1.3 Sundhed med sammenhæng .....	6
2. Generel indledning .....	8
2.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering .....	8
2.2 Lighed i sundhed .....	10
2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse .....	10
2.4 Den rehabiliterende tilgang .....	11
2.5 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet og ud fra princippet om behandling og pleje så tæt på borgeren som muligt .....	13
2.6 Målbeskrivelse og -hierarki .....	13
3. Udviklingsaftalen .....	16
3.1 Formål .....	16
3.2 Principper .....	16
3.3 Indsatser .....	17
4. Tværgående temaer .....	19
4.1 Kvalitet på tværs af sektorer .....	19
4.2 Videndeling om økonomi og aktivitet og samarbejde om planlægning .....	23
4.3 Sundheds-it og digitalisering .....	25
5. Obligatoriske indsatsområder .....	31
5.1 Forebyggelse .....	31
5.2 Behandling og pleje .....	31
5.3 Genoptræning og rehabilitering .....	38
6. Aftaler om specifikke målgrupper .....	44
6.1 Samarbejdet om den ældre patient .....	44
6.2 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser .....	45
6.3 Dobbelt-diagnostiserede (psykiske lidelser og misbrug) .....	45
6.4 Samarbejdet om gravide og nyfødte .....	46
6.5 Børn og unge .....	47
6.6 Mennesker med kroniske lidelser .....	47
6.7 Børn/unge og voksne med senhjerneskade .....	49
6.8 Kræftrehabilitering og palliation .....	49
7. Implementering .....	51
8. Bilag .....	52

# 1. Vision for Sundhedsaftalen 2015-18

## Sundhedssamarbejdets værdier

Sundhedsaftalen er rammen om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter fælles mål, som vi arbejder os frem imod og følger systematisk op på. Vores samarbejde hviler på et værdifællesskab, hvor åbenhed, dialog og tillid er de bærende værdier.

Åbenhed betyder, at vi er parate til at give borgerne, borgernes netværk og hinanden indsigt i, hvordan vi hver især bidrager til at løse opgaverne på sundhedsområdet – ligesom vi gerne udvikler og afprøver nye måder at arbejde sammen på, som går på tværs af grænserne mellem forskellige sektorer.

Dialog betyder, at vi kommunikerer med borgerne og hinanden, både om det overordnede – hvordan vi hver især planlægger og tilrettelægger vores indsats – og om det konkrete – det enkelte borgerforløb.

Tillid betyder, at vi har tiltro til borgerens ønske om at være en konstruktiv og aktiv medspiller med ressourcer, ønsker og holdninger – og til kollegers faglighed og ansvarlighed.

Ud fra de fælles værdier er vi i Syddanmark kommet langt med samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer. Vi har nået mange gode resultater i fællesskab.

## Udfordringer i de kommende år

Med visionen for Sundhedsaftalen 2015-18 sætter vi retningen for, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, fordi vi i disse år skal håndtere flere store udfordringer sammen:

- Vi får stadig flere ældre medborgere – og stadig flere borgere med kronisk sygdom.
- Den sundhedsfaglige udvikling gør, at vi kan tilbyde stadig mere behandling til flere.
- Borgerne ønsker så vidt muligt at blive i deres almindelige dagligdag – også før, under og efter deres egen eller pårørendes behandling.
- Det økonomiske råderum er i en lavkonjunktur stærkt begrænset – også for sundhedsvæsenet.
- Vi får stadig flere psykisk sårbare unge.

Som en indledning på arbejdet med en ny vision indbød Sundhedskoordinationsudvalget politikere og embedsmænd fra kommuner, region og PLO Syddanmark til en konference den 2. september 2013. Her var der lejlighed til at drøfte udfordringerne, hvilke nye mål vi i fællesskab vil arbejde frem imod, og hvordan vi følger op på, at vi rent faktisk når dem.

## Sundhedsaftalens tre hovedmål

På grundlag af konferencens drøftelser har Sundhedskoordinationsudvalget udformet en vision med tre hovedmål:

### *Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren*

Vi skal møde og se borgeren som en ligeværdig, aktiv og ansvarstagende samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt – også når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.

### *Sundhed for alle*

Særligt udsatte grupper skal have særlige indsatser. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.

### *Sundhed med sammenhæng*

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling, rehabilitering og træning, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset den enkelte borger/patient på rette tid og sted. Vi skal tænke helhedsorienteret – også i forhold til sammenhængen mellem sundhedsvæsenet, arbejdsmarkedet de sociale tilbud, uddannelsessystemet m.v.

Under hvert hovedmål opstiller vi nogle overordnede, men samtidig meget konkrete succeskriterier, der udtrykker, hvad det er, vi vil måles på, når aftaleperioden er forbi. Hvor skal vi være ved udgangen af 2018? Disse succeskriterier vil blive uddybet og udbygget i sundhedsaftalens øvrige afsnit.

### **Sundhedsaftalens tre principper**

Men sundhedsaftalen skal ikke alene fastlægge målene. Den skal afklare, hvordan vi vil arbejde sammen om at nå dem. Her vil vi tage udgangspunkt i tre principper ud fra nøgleordene prioritering, rehabilitering og velfærdsteknologi:

- **Vi vil prioritere vores indsatser skarpt.** Vi vil gå målrettet efter at adressere de største tværgående udfordringer først ud fra en erkendelse af, at de knappe ressourcer ikke giver mulighed for at gøre alt på én gang.
- **Vi vil se borgeren som et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb.** Vi vil støtte borgerens ønske om at vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter. Målet er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.
- **Vi vil udnytte Syddanmarks styrkeposition på det velfærdsteknologiske område.** Velfærdsteknologien skal gøre borgeren mere uafhængig, give mere frihed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom den skal fremme kommunikationen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Disse tre principper skal være det bærende grundlag for alle vores indsatser i arbejdet med at nå sundhedsaftalens mål.

## **1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren**

*Vi skal møde borgeren som en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt, når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indretter vores sundhedsvæsen.*

Borgerens behov og forudsætninger skal være udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på. Der må aldrig herske tvivl om, at borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb.

Vi skal se den enkelte borger som et helt menneske med unikke forudsætninger, ressourcer og behov – og vi skal målrette vores tilbud, så de netop tager udgangspunkt i borgerens forudsætninger, bygger på hans ressourcer og imødekommer hans behov.

Borgeren er en samarbejdspartner med ressourcer, som indgår sammen med vores faglige viden og erfaring, hvis det samlede resultat af borgerens forløb skal blive det bedst mulige. Både borgeren og vi har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden. De forventninger er det afgørende vigtigt at afstemme. Det skal stå klart, hvad der er sygehusets, den praktiserende læges og kommunens ansvar – og hvad der er borgerens ansvar, under hensyntagen til i hvilken grad borgeren mestrer. Her er dialog og videndeling nøgleord.

Når forudsætningerne er til stede, skal borgeren kunne deltage aktivt i sit forløb, trække på sine pårørende og være medbestemmende i forhold til, hvad der skal ske videre frem.

Det sker lettest, hvis vores indsatser er skånsomme, målrettede og tilpasset det hverdagsliv, borgeren ønsker. Kort sagt: borgeren skal opleve at have et sammenhængende og meningsfuldt hverdagsliv.

Her giver velfærdsteknologien – og ikke mindst telemedicinen – os nye muligheder for at engagere og motivere borgeren i sit eget forløb. Telemedicin betyder, at informations- og kommunikationsteknologi bliver brugt sådan, at forebyggelse, udredning, behandling og kontrol kan foregå tæt på borgeren.

Telemedicin er ikke alene et spørgsmål om teknik. Det handler nok så meget om, at sygehus, kommune og almen praksis skal arbejde sammen på en ny måde – også med borgeren. Hidtil er arbejdet med telemedicin i høj grad foregået på projektbasis. Vores mål er, at telemedicin skal være en del af den daglige drift, når det er effektivt, og når det kan føre til, at borgerne oplever større selvstændighed. Vi skal sammen lægge en strategi for, hvordan vi kommer så langt.

Borgeren er hovedpersonen i sit eget forløb igennem sundhedsvæsenet. Derfor er borgernes vurderinger også en vigtig del af grundlaget, når vi skal træffe beslutninger om, hvordan vores indsatser skal tilrettelægges på det mere overordnede plan. F.eks. når vi skal tage stilling til, om vi gør det godt nok – om kvaliteten i den forebyggelse, behandling og rehabilitering, vi tilbyder, er, som den skal være.

God faglig standard er selvfølgelig en helt uomgængelig forudsætning for, at kvaliteten er i orden. Er borgeren blevet behandlet i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer etc.? Men i sidste ende er de indsatser, vi tilbyder, til for borgerens skyld. Derfor giver det også god mening at spørge borgerne om, hvordan de har oplevet deres forløb, når vi vil sikre og udvikle kvaliteten af fælles indsatser.

En anden måde, hvorpå vi kan inddrage borgerne i vores overordnede beslutninger om sundhedsvæsenet, er gennem patient- og pårørendeorganisationerne. Her giver Sundhedsloven os en ny samarbejdspartner: Patientinddragelsesudvalget, hvis medlemmer netop er udpeget af sådanne organisationer.

Vi vil gå i en aktiv dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage med erfaringer, viden og synspunkter, som kan være en vigtig del af grundlaget for vores beslutninger i sundhedsvæsenet.

### **Det vil vi måles på:**

- Vi har en borger-/patientoplevelset kvalitet, som er stigende over tid og som ligger over landsgennemsnittet.
- Vi tager en dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage til grundlaget for vores beslutninger.
- Vi lægger en fælles strategi, der gør telemedicin til en del af den daglige drift.

## **1.2 Sundhed for alle**

*Særligt udsatte grupper skal have særlige tilbud. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.*

Fri og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel viser statistikkerne, at sundheden er ulige fordelt på forskellige befolkningsgrupper. Hvis vi vil det forhold til livs og sikre alle borgere andel i de helbredsmæssige gevinster, som sundhedsvæsenet er med til at skabe, gør vi det ikke med standardløsninger.

Vi vil sundhed for alle. Det betyder ikke, at alle skal have alt, men at vi differentierer vores tilbud, så vi også kan imødekomme særligt udsatte gruppers behov.

Helt særlige problemstillinger knytter der sig til psykiatriske patienters fysiske helbredstilstand. Ser vi på middellevetiden blandt patienter, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, viser den sig at være 15-20 år kortere end andre borgeres.

Psykiske og fysiske lidelser spiller sammen og påvirker hinanden. Derfor er der brug for, at vi ikke anskuer dem isoleret, men tværtimod ser på helheden i de tilbud, vi stiller til rådighed for psykiatriske patienter. Vi skal indrette sundhedsvæsenet sådan, at det giver psykiatriske patienter de samme muligheder for at opnå et godt helbred, som andre borgere – med andre ord sikre, at somatik og psykiatri har samme høje standard. Det gør vi blandt andet ved tidlig opsporing af psykisk sygdom og ved, at psykiatriske og somatiske sundhedstilbud bliver integreret i hinanden.

Samtidig skal vi tænke helhedsorienteret i forhold til at give unge med psykiatriske problemer mulighed for at få en uddannelse og sikre at psykisk syge i kontanthjælpssystemet får den rette hjælp til at komme videre i deres liv. Vi skal bidrage til, at disse borgere ikke bliver fastholdt i en social udsat position.

Igennem de senere år har middellevetiden været stigende i Danmark, når vi ser på befolkningen som helhed. Imidlertid er denne udvikling især slået igennem blandt borgere med lang uddannelse og høj indkomst. I dag lever den dårligst stillede fjerdedel af danske mænd i gennemsnit 10 år kortere end den bedst stillede fjerdedel. For 25 år siden var forskellen 5½ år.

Undersøgelser tyder på, at 60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed kan forklares med rygning og alkohol. Det forhold vil vi tage højde for, når vi tilrettelægger både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Vi vil prioritere, at de befolkningsgrupper, som kan have særlig brug herfor, får tilbud, som kan medvirke til at reducere deres tobaks- og alkoholforbrug.

### **Det vil vi måles på:**

- Vi reducerer forskellen mellem den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom og den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed.
- Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som kan bidrage til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol.
- Vi udbreder fortsat de gode erfaringer med kommunikationsstandarder fra somatikens område til psykiatrien.

## **1.3 Sundhed med sammenhæng**

*Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted.*

Siden den første sundhedsaftale blev indgået i 2006, er vi i Syddanmark nået langt, når det handler om at arbejde sammen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Mange spørgsmål, der dengang var problematiske, er blevet afklaret.

Det er samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb (SAM:BO) et af de gode eksempler på. SAM:BO lægger rammen for, hvordan indlæggelse på og udskrivning fra sygehuset foregår, og bidrager dermed til, at borgernes forløb ind i og ud af sygehuset kan ske godt og gnidningsfrit. Syddanmark er i den sammenhæng en foregangsregion.

Sundhedsaftalen for 2015-18 skal føre os endnu længere i den retning, rykke os tættere sammen og gøre samarbejdet mere forpligtende.

Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, sundhedsfremme, behandling og rehabilitering, der hænger sammen. Hvor alle parter leverer det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted ud fra en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov. Hvor der er et klart fokus på indsatser af en god faglig standard. Det mål når vi kun, hvis alle de medarbejdere, som bidrager til borgernes forløb, anvender deres kompetencer bedst muligt i samarbejde med borgeren. Sådan udnytter vi de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet rigtigt og får mest mulig sundhed for pengene.

Vi skal kunne imødekomme borgernes behov på det laveste effektive omkostningsniveau – f.eks. skal vi undgå forebyggelige sygehusindlæggelser. Vi vil fortsat sørge for, at sygehuspatienter, der er færdige med deres behandling, kan blive udskrevet.

Det kræver først og fremmest en klar arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner. Men det kræver også, at alle parter ser ud over deres egne ansvarsområder og har øje for, at de sammen med andre indgår som led i en kæde, som skal hænge sammen, hvis borgernes forløb gennem sundhedsvæsenet skal være optimale. Sundhedsaftalen giver grundlaget både for en klar arbejdsdeling og for et velfungerende og gensidigt forpligtende samspil mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Almen praksis skal fortsat spille en nøglerolle, som er helt afgørende for at sikre sammenhængen i borgernes forløb. Det skal også fremover være almen praksis, som tager sig af de fleste patienter og vurderer, om de har behov for at blive sendt videre til sygehuset eller til et kommunalt sundhedstilbud. Vi vil bidrage posi-

tivt og konstruktivt til at udvikle rammerne om almen praksis sådan, at mulighederne for at indgå gensidigt forpligtende aftaler om arbejdsdeling og samarbejde styrkes. Det vil vi gøre med udgangspunkt i den gældende lovgivning og overenskomst.

Der er brug for at nytænke, hvordan vi arbejder sammen på tværs i sundhedsvæsenet – især når det handler om særligt udsatte grupper som ældre medicinske patienter og sårbare personer med en psykisk eller kronisk lidelse. Grupper, som er særligt afhængige af, at vores tilbud hænger sammen. Derfor skal vi i region, kommuner og almen praksis være åbne over for at afprøve nye og mere integrerede samarbejdsmodeller.

Borgerens forløb gennem sundhedsvæsenet er tit meget komplekst. På et givet tidspunkt sker der ikke bare én ting ét bestemt sted i systemet. Mange ting sker samtidig forskellige steder. Den kompleksitet skal vi blive bedre til at håndtere – ligesom borgerne skal kunne være trygge ved, at kvaliteten i alle sundhedsvæsenets led er i orden.

En afgørende forudsætning, for at dette mål kan indfries, er, at vi på alle områder arbejder systematisk med at dokumentere, måle og evaluere effekterne af det, vi gør – og dermed får et godt vidensgrundlag, som vi kan handle ud fra. Når dokumentationen taler for det, skal vi forpligte os til at arbejde efter kliniske retningslinjer, instrukser og behandlingsstandarder, der tilsammen omfatter hele borgerens forløb. Det giver os en fælles ramme for at sikre og udvikle kvaliteten på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

**Det vil vi måles på:**

- Vi får færre u hensigtsmæssige og forebyggelige (gen)indlæggelser.
- Vi udvikler mål for kvaliteten og effekten af det vi gør, som går på tværs af sektorer.
- Vi afprøver integrerede samarbejdsmodeller.



## 2. Generel indledning

### 2.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering

Formålet med dette afsnit er at give et overblik over de juridiske rammer for sundhedsaftalen, og de udvalg der indgår i udarbejdelsen af denne. Endvidere gives også overblik over de relevante relationer til praksissektoren.

#### Sundhedsaftalen

Rammerne for sundhedsaftalen er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Vi inddrager relevante parter fra den øvrige praksissektor på såvel det somatiske som psykiatriske område i udarbejdelse og implementering af udviklings- og samarbejdsaftaler, hvor det er relevant og tager heri stilling til arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og sygehusene.



## **Sundhedskoordinationsudvalg og relation til øvrige udvalg**

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

I henhold til sundhedsloven nedsættes der i hver region et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer. Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. sundhedsloven systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis. I henhold til sundhedsloven etableres praksisplanudvalg i hver region. Regionen har tre pladser, kommunerne fem pladser og PLO Syddanmark tre pladser i udvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark har nedsat Det Administrative Kontaktforum (DAK), som administrativt skal understøtte implementering af sundhedsaftalen og sikre, at der løbende udvikles og monitoreres på de aftaler, som er indeholdt i sundhedsaftalen. DAK består af ledende embedsmænd fra region og kommuner samt af repræsentanter fra PLO Syddanmark.

## **Sammenhæng med andre politikker og planer**

Sundhedskoordinationsudvalget vurderer løbende udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud. Sundhedskoordinationsudvalget involveres i den formulerende fase, når den samlede sundhedsplan for Region Syddanmark udarbejdes.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal således også inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Praksisplanen skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning, herunder spørgsmålet om sikring af lægedækning i alle egne af regionen, og den indholdsmæssige del i relation til f.eks. sundhedsaftale. For så vidt angår den fysiske planlægning skal der beskrives en plan for sikring af den nødvendige lægedækning i alle egne af regionen, herunder hvad angår kapacitet og tilgængelighed. Planen skal endvidere forholde sig til den strukturelle udvikling og opgavevaretagelse i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

Almen praksis er i henhold til sundhedsloven forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

### **Private sygehuse og andre private leverandører mv.**

Når region eller kommune indgår aftale med en privat aktør, forpligtes de til at sikre, at den private aktør lever op til sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

#### **2.1.1 Ligestilling mellem psykiatri og somatik**

Sundhedsaftalen omfatter både borgere med somatiske og psykiske sygdomme. Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der er fokus på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i aftalen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder.

#### **2.1.2 Systematisk IT-understøttelse af indsatser og aftaler og udvikling af velfærdsteknologi**

Anvendelse og udvikling af tværsektoriel sundheds-it og digitalisering af sundhedsområdet skal målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøtte sundhedsaftalernes vision, forretningsmæssige mål og aftaleområder.

Indsatsområdet er beskrevet i afsnit 4.3.

#### **2.1.3 Ikrafttræden, revision og fortolkning**

Sundhedsaftalen træder i kraft den 1. januar 2015 og revideres årligt i regi af Sundhedskoordinationsudvalget.

Det præciseres, at med sundhedsaftalen for 2015- 2018 bortfalder Region Syddanmarks og de 22 kommuners sundhedsaftaler for 2011- 2014, dvs. de grundaftaler og lokale aftaler, der blev indgået i forbindelse med denne.

Det skal dog samtidig præciseres, at andre aftaler, som efterfølgende er indgået på baggrund af selve sundhedsaftalen, eller med henvisning til sundhedsaftalerne 2011-2014, ellers om følge af sundhedsaftalerne, som sådan **ikke** bortfalder med den nuværende sundhedsaftale.

Ved konkret tvivlstilfælde har den nuværende sundhedsaftale forrang, men der igangsættes en løbende opdatering af øvrige tværsektorielle aftaler, således at ultimo 2015 er disse tilrettet den nugældende sundhedsaftale.

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalen, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet uden opsættende virkning, således at borgeren oplever et sammenhængende forløb.

## **2.2 Lighed i sundhed**

Sundhedstilstanden er forskellig i forskellige sociale grupper i Danmark. Det generelle billede er således, at jo højere uddannelses- og indkomstniveauet er, desto bedre er sundhedstilstanden. Eksempelvis kan en

30-årig mand blandt den bedst uddannede fjerdedel – typisk en længevarende videregående uddannelse – forventede at leve fire år længere end en 30-årig mand blandt den mindst uddannede fjerdedel.

Social ulighed i sundhed ses i en lang række parametre. Det gælder for eksempel dødelighed og middellevetid, forekomst af kroniske sygdomme, smerter og ubehag, livsstil hos voksne som f.eks. rygning og fysisk inaktivitet, børns fødselsvægt etc. Den sociale ulighed i sundhed har været stigende gennem en årrække i Danmark.

Vi anvender en helhedsorienteret tilgang i forebyggelse og behandling af sygdom og tager særligt hensyn til de, der har mest behov for støtte. Det betyder at vi – på tværs af somatik og psykiatri – tilbyder en tilrettelagt indsats til de borgere, som har særlig vanskeligt ved at tage vare på deres eget helbred. Indsatserne skal bygge oven på de ressourcer, borgeren selv besidder. Og den skal rette sig mod at styrke de personlige ressourcer og egenomsorgen, samtidig med at andre helbredsproblemer søges løst.

Lighed i sundhed indgår som princip i de generelle og målgruppespecifikke aftaler.

## **2.3 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse**

Borger-, patient- og pårørendeinddragelse dækker over en række forskellige forståelser og rummer stor variation i praksis og tilgang. Inddragelse kan eksempelvis ske på både individ- og organisationsniveau og være såvel direkte som indirekte.

Særlig i en tværsektoriel kontekst er der behov for en fælles forståelse af, hvad vi mener, når vi taler om inddragelse for at kunne realisere inddragelsen i praksis. Alle parter arbejder i dag med inddragelse – det er langt fra nyt. Som eksempel på inddragelse kan nævnes fokusgrupper, patientuddannelse, tilfredshedsundersøgelser, patientambassadører m.v. Hertil kommer naturligvis den konkrete inddragelse i det enkelte borger- og patientforløb. Det nye er, at vi skal blive bedre til at gøre det i fællesskab og gøre det systematisk.

Patientinddragelsesudvalget skal i den forbindelse bruges aktivt, når vi tværsektorielt arbejder med at inddrage og involvere.

Vi inddrager systematisk Patientinddragelsesudvalget, når vi tværsektorielt arbejder med borger-, patient – og pårørendeinddragelse. Når vi igangsætter nye projekter og indsatser, forpligter vi os til at drøfte, hvordan vi inddrager borgere, patienter og pårørende.

I løbet af aftaleperioden vil vi afprøve modeller for og metoder til borger-, patient- og pårørendeinddragelse og systematisk opsamle viden. Vi vil på den baggrund arbejde os frem mod en fælles forståelse og herefter vil vi formulere en tværsektoriel strategi for borger-, patient- og pårørendeinddragelse.

## **2.4 Den rehabiliterende tilgang**

Sundhedsaftalen tager blandt andet udgangspunkt i visionen om sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren og princippet om rehabilitering. De følgende afsnit har til hensigt at afklare begreberne den rehabiliterende tilgang og den rehabiliterende metode.

## **Den rehabiliterende tilgang**

Den rehabiliterende tilgang sammenfatter indsatser og metoder, som har som perspektiv:

- at borgeren er et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb
- at borgerens ønske om at vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter skal understøttes med sigte på, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Tilgangen tager udgangspunkt i, at menneskets sundhedstilstand på én gang er et fysisk, psykisk og socialt anlæggende.

Den rehabiliterende tilgang tager udgangspunkt i borgerens behov, ligesom borgerens nærmeste så vidt muligt inddrages.

Den rehabiliterende tilgang omfatter samtidig et værdisæt, hvor respekt og ligeværdighed står centralt, og hvor ønsket er at understøtte borgeren i at opleve sammenhæng i sit forløb. Det betyder, at vi møder borgeren dialogorienteret; og med en anerkendelse af, at borgeren er ekspert på sit eget liv.

Den rehabiliterende tilgang er således et møde mellem to eksperter: Borgeren som ekspert på sit eget liv og den faglige ekspert, som understøtter, at borgeren er hovedperson i sit eget forløb og oplever sammenhæng i sit forløb.

Det rehabiliterende forløb er mål- og effektorienteret med udgangspunkt i borgerens samlede behov. Der tages udgangspunkt i de samme mål på tværs af sektorer og forvaltninger.

Den rehabiliterende tilgang er et fælles perspektiv på tværs af de forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet.

## **Rehabilitering som metode**

Den rehabiliterende metode omfatter den hjælp, støtte samt redskaber og metoder, som fagprofessionelle bruger eller kan stille til rådighed for borgeren med behov for rehabilitering.

Nærværende sundhedsaftale er primært inspireret af følgende to definitioner:

*Marselisborgcenterets hvidbog:* "Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats" .

*WHO:* "Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund"

Følgende elementer er vigtige dele af den rehabiliterende metode:

- Udredning af borgerens funktionsevne
- Samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende.
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen.

- Vurdering af, hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet.
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge.
- (Løbende) opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering.

#### *Projekt om udvikling af fælles model for den rehabiliterende tilgang*

Inden for første halvdel af aftaleperioden udvikles med udgangspunkt i en nærmere defineret målgruppe med komplekse problemstillinger og behov for mange samtidige indsatser på tværs af sektorer og lovgivninger modeller, værktøjer og samarbejdsmodeller, som understøtter en sammenhængende helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang.

## **2.5 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet og ud fra princippet om behandling og pleje så tæt på borgeren som muligt**

Sundhedsvæsenet skal løse en meget stor og kompliceret velfærdsopgave med begrænsede ressourcer. Det er der ikke noget nyt i – men flere faktorer bidrager til, at ressourcebegrænsningen i de senere år har følt sig snævrere end tidligere.

F.eks. betyder ændringer i befolkningens sammensætning, at andelen af ældre medborgere vokser, ligesom andelen af borgere med kronisk sygdom – med deraf følgende behov for flere og bedre tilbud om forebyggelse, behandling, pleje og genoptræning.

Samtidig åbner den sundhedsfaglige udvikling netop mulighed for at det rent teknisk er muligt at tilbyde mere til flere – men de økonomiske muligheder er ikke vokset tilsvarende. En lavkonjunktur har begrænset det økonomiske råderum, også i sundhedsvæsenet.

Disse udviklingstendenser gør det endnu mere nødvendigt, at kommuner, regioner og praksissektoren arbejder sammen ud fra LEON-princippet. Det betyder, at opgaverne skal løses på det laveste effektive omkostningsniveau, sådan at samfundet får mest mulig sundhed for de ressourcer, der bruges i sundhedsvæsenet.

En ny sygehusstruktur indebærer, at funktioner og specialer bliver samlet på færre og større enheder for at opnå højere effektivitet og kvalitetsmæssig bæredygtighed. En afledte konsekvens af det er, at flere får længere til sygehuset. Derfor bliver det ekstra vigtigt at sikre kvalificerede, nære tilbud i kommunerne og praksissektoren, så de patienter, der ikke har behov for den højt specialiserede sygehusbehandling, kan få den tættere på hjemmet. Ligesom behovet for godt samarbejde og kommunikation på tværs af sektorgrænser stiger.

## **2.6 Målbeskrivelse og -hierarki**

### **2.6.1 Målene i den politiske vision**

I det nedenstående beskrives sundhedsaftalens målhierarki. Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i visionens målsætninger:

- 1) Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren
- 2) Sundhed for alle
- 3) Sundhed med sammenhæng

Disse målsætninger operationaliseres på følgende vis:

Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt
Vi har en borger-/patientoplevelt kvalitet, som er stigende over tid og som ligger over landsgennemsnittet.	Sundhedsaftaleindikatorerne for patientoplevelt udviser en stigning over tid og er højere end landsgennemsnittet.	Sundheds-aftaleindikatorerne.  Afrapporteres årligt
Vi tager en dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage til grundlaget for vores beslutninger.	Der indgås aftale med patientinddragelsesudvalget om, hvordan udvalget inddrages i sundhedsaftalesamarbejdet.	Procesmål
Vi lægger en fælles strategi, der gør telemedicin til en del af den daglige drift.	Et år efter sundhedsaftalens ikrafttræden er en tværsektoriel strategi for telemedicin godkendt (jf. 4.3).	Procesmål.
Vi reducerer forskellen mellem den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom og den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed.	Afstanden i forventet levetid mellem borgere med psykisk sygdom og den samlede befolkning i Syddanmark er lavere i 2018 end ved aftalens indgåelse.	Middellevetiden opgøres som i Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker en sindslidelse.  Der afrapporteres årligt på udviklingen.
Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som kan bidrage til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol.	Andelen af dagligrygere og personer med et sundhedsskadeligt alkoholindtag er lavere i 2017 end i 2013.	Sundhedsprofilen Hvordan har du det?
Vi udbreder fortsat de gode erfaringer med kommunikationsstandarder fra somatikens område til psykiatrien.	Udviklingen af den digitale kommunikation i regi af SAM:BO skal fra aftalens indgåelse ske parallelt på det somatiske og psykiatriske område.	Procesmål.
Vi får færre uhensigtsmæssige og forebyggelige (gen)indlæggelser.	Sundhedsaftaleindikatorerne for forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser inden for somatikken og psykiatrien skal vise lavere værdier i 2018 end i 2015 <sup>1</sup> .	Sundhedsaftale-indikatorerne.  Der afrapporteres årligt på udviklingen.  Del af ØA14-målene.
Vi udvikler mål for kvaliteten og effekten af det vi gør, som går på tværs af sektorer.	To år efter aftalens indgåelse skal tværsektorielle borgerorienterede kvalitets- og effektmål være udviklet og testet (jf. udviklingsaftalen).  Syddanmark skal bevare førerpositionen, når det gælder et lavt antal færdigbehandlingsdage.	Procesmål  Sundhedsaftale-indikatorerne.  Del af ØA14-målene.
Vi afprøver integrerede samarbejdsmodeller	Der iværksættes mindst ét stort nyt tværsektorielt samarbejdsprojekt i projektperioden.	Procesmål.

<sup>1</sup> Der tages højde for den misvisende opgørelsesmetode, som benyttes i sundhedsaftaleindikatorerne jf. notatet Opgørelse af genindlæggelsesrater, 14. februar 2014, Region Syddanmark.

## **Drøftelse af mål for sundhedsaftalen**

Det fælles fremtidsbillede udpeger områder, hvor vi i Syddanmark har særlige udfordringer og muligheder.

Det anbefales, at der med baggrund i det fælles fremtidsbillede udvælges få velvalgte og målbare mål, som indarbejdes i denne del af sundhedsaftalen.



## 3. Udviklingsaftalen

### 3.1 Formål

Udviklingsaftalen har til formål at omsætte sundhedsaftalens vision ved at lægge et fælles spor og en fælles retning for sundhedsaftalens parter på områder, hvor en fælles, koordineret og aftalebaseret indsats er ønskelig, men hvor det af forskellige årsager ikke er muligt at indgå en forpligtende aftale på et driftsniveau.

Udviklingsaftalen indeholder for det første initiativer på områder, hvor parterne er enige om den overordnede retning, mens forskellige synspunkter og tilgange gør sig gældende på det operationelle niveau (form, metode, timing, forpligtelse mv). Dernæst indeholder udviklingsaftalen initiativer, som endnu ikke er modne til fuld udbredelse hos aftalens parter.

### 3.2 Principper

Udviklingsaftalen forpligter parterne til at orientere sig imod og tage retning af aftalens målsætninger. Derimod er parterne ikke forpligtet på et drifts- eller indsatsniveau. Indsatser og aftaler i udviklingsaftalen kan, når parterne ønsker det, gøres forpligtende for parterne på linje med den øvrige sundhedsaftale i forbindelse med den løbende revision af sundhedsaftalen i regi af Sundhedskordinationsudvalget.

#### 3.2.1 Foranalyse, pilot og udbredelse

Udviklingsaftalens initiativer beskrives med udgangspunkt i følgende fasemodel:

*Fase 1 - Foranalyse:* Potentielle indsatsområder analyseres nærmere inden egentlig beslutning om igangsætning af pilotprojekter.

*Fase 2 - Pilotafprøvning:* Indsatsområdet afprøves i mindre skala. Det vil oftest sige med inddragelse af et mindre antal kommuner, sygehuse og alment praktiserende læger, men der kan også være tale om, at en indsats med et videre potentiale afprøves på en given målgruppe. Formålet er at opnå erfaringer og viden om, hvordan den borgeroplevede og faglige kvalitet påvirkes samt de økonomiske og organisatoriske konsekvenser samlet og for den enkelte sektor.

*Fase 3 - Udbredelse:* Er pilotafprøvningen positiv, træffes beslutning om generel udbredelse til sundhedsaftalens parter. Udbredelsesprojekter søges principielt etableret som fælles projekter hos alle relevante parter.

#### 3.2.2 Samarbejder med fælles ressourceindsats

Udviklingsaftalens indsatser kan etableres som samarbejder med fælles ressourceindsats. Når det er tilfældet, respekterer samarbejdet sundhedslovens opgave- og ansvarsfordeling, den økonomi-

ske byrdefordeling og regionens og kommunernes respektive myndighedsansvar. Desuden er følgende forudsætninger opfyldt:

- Det sandsynliggøres, at parterne på sigt profiterer af tilbuddet og/eller at borgeren/patienten opnår en prioriteret kvalitetsforbedring i forhold til sammenhæng i patientforløbet.
- Der foreligger en klar aftale om indsatsens indhold, opgaver, metode, proces, ansvarlige, ressourcer, økonomi og finansiering.
- For hver indsats indgås separat skriftlig aftale.

Regionen og kommunerne kan medvirke i sådanne samarbejder med anvendelse af personaleresourcer eller ved medfinansiering, når kommunen eller regionen udfører opgaver på den anden parts vegne.

Sundhedslovens § 239 har til formål at give regionen hjemmel til aftaler om hensigtsmæssige samarbejder i gråzoneområdet mellem sygehusopgaver og kommunale opgaver. Bestemmelsen kan understøtte hensynet til, at der efter fælles aftale sker en fleksibel og hensigtsmæssig udvikling af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner.

### 3.2.3 Formidling

En oversigt over indsatser i regi af udviklingsaftalen gøres tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside ([www.regionsyddanmark/udviklingsaftale](http://www.regionsyddanmark/udviklingsaftale)) med henblik på deling af viden med øvrige regioner og kommuner uden for den syddanske region samt nationale parter.

## 3.3 Strategiske udviklingsindsatser

På baggrund af sundhedsaftalens vision om:

- Sundhed gennem rehabilitering og samarbejde med borgeren
- Sundhed for alle
- Sundhed med sammenhæng

indgås aftale om følgende:

### Drøftelse af indsatser i udviklingsaftalen

På baggrund af udviklingsaftalens ramme og:

- Sundhedsaftalens vision samt
- Det fælles fremtidsbillede

drøftes det, hvilke indsatser, der skal indgå i udviklingsaftalen.

## 3.4 Andre udviklingsindsatser

Foruden de strategiske udviklingsindsatser herover benyttes udviklingsaftalens principper jf. afsnit 3.2 i

- Afsnit 4.3 Sundheds-it og digitalisering
- Udviklingsprojekter og -aftaler, som er igangsat lokalt, fx mellem et sygehus og en eller flere kommuner. Disse projekter og aftaler fremgår af bilag X.

## 4. Tværgående temaer

### 4.1 Kvalitet på tværs af sektorer

#### *Formål*

Aftalen har til formål at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af sektorer. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Kvalitetsudviklingen på det tværsektorielle sundhedsområde til gavn for patienten og det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb er et fælles mål for parterne.

Grundstenen til et fælles udgangspunkt for kvalitet på tværs af sektorerne i Syddanmark blev lagt gennem formuleringen af en fælles 'Tværsektoriel kvalitetsstrategi' for sundhedsområdet i Region Syddanmark som videreføres i indeværende sundhedsaftale for 2015 – 2018.

#### 4.1.1 Kvalitetsudvikling og fælles læring

Initiativer til kvalitetsudvikling fremsættes med baggrund i den tværsektorielle kvalitetsstrategis principper og definitioner.

Indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen skal være baseret på nyeste viden og evidens.

#### *Indikatorer*

Det er ofte vanskeligt at tilvejebringe håndfast viden om effekten af tværsektorielle sundhedsindsatser eller at foretage præcise målinger af kvaliteten. Derimod er det på en række områder muligt at opstille indikatorer til monitorering, som kan pege i retning af, om kvaliteten på et område bliver bedre eller dårligere. Indikatorer er et fingerpeg – ikke en facitliste. De har deres værdi som baggrund og giver retning for en undersøgende og lærende dialog om årsager og veje til kvalitetsudvikling.

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udviklet en række indikatorer, som benyttes i den løbende opfølgning på sundhedsaftalens mål.

Indikatorer vedrører primært aktivitet på et overordnet niveau. I takt med, at parterne samarbejder tættere om de enkelte forløb stiger behovet tillige for borgerorienterede kvalitets- og effektmål

Der etableres et udviklingsprojekt, som har til formål at udvikle tværsektorielle brugerorienterede kvalitets- og effektmål. To år efter sundhedsaftalens vedtagelse skal brugerorienterede kvalitets- og effektmål være udviklet og testet.

### *Forskning og udvikling*

Regioner og kommuner har et fælles ansvar for forskningsarbejde på sundhedsaftalens områder, Der er et særligt behov for større og mere evidensbaseret viden om effekter af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Forskningsinitiativer udvikles i et tæt samarbejde og kan knyttes enten til konkrete udviklingsaftaler eller til specifikke temaer inden for sundhedsaftalens indsatsområder.

I aftaleperioden etableres et forskningsprojekt der har til formål at udvikle og/eller afprøve og evaluere et redskab til effektmåling af patientuddannelse (jf. afsnit 5.3)

#### **4.1.2. Kvalitet og dokumentation i det tværgående sundhedsarbejde**

Monitoreringen af indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen skal som udgangspunkt ske på baggrund af eksisterende data, herunder i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings-Program (RKKP).

Samtidig er der behov for at udvikle et mere ensartet fælles datagrundlag, således at det i større grad er muligt at sammenligne resultater, effekter og best practice på tværs af sektorer. Denne udvikling sker i et tæt samarbejde med etablerede organisationer på området, herunder KL, Danske Regioner (RKKP) og PLO (DAK-E).

Som led i udmøntningen af den tværsektorielle kvalitetsstrategi udarbejdes en spørgeskemabaseret model til kortlægning af den patientoplevede kvalitet for patienter i tværsektorielle forløb. Når redskabet er udviklet, vil det kunne finde anvendelse på indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen.

For kvalitetsmålsætninger i regi af sundhedsaftalen gælder, at de i videst muligt omfang:

- Giver mening på tværs af sektorerne.
- Giver mening på alle niveauer i organisationen.
- Adresserer lokale problemstillinger og er formuleret i forhold til den lokale kontekst.
- Fokuserer på de lavesthængende frugter, så der opnås mest mulig forbedring af kvaliteten i forhold til indsatsen.
- Er konkrete og omsættelige for dem, som skal indfri dem.
- Årsagerne til, at de ikke allerede er nået, kendes.
- Er handlingsorienterede, idet der er viden om (/evidens for), hvilke løsninger, der virker og vil nå målene, hvis de implementeres.
- Er mulige at realisere inden for de givne ressourcemæssige rammer.
- Kan nås inden for aftaleperiodens 4-årige perspektiv.

Som en del af dette kvalitetsfokus tages der stilling til, hvilken organisering, der skal understøtte og udvikle kvalitet på tværs af sektorer.

#### **4.1.3 Patientsikkerhed og UTH i sektorovergange**

Rapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser indgår i regionens og kommunernes arbejde med patientsikkerhed og understøtter den fælles kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Formidling af viden om utilsigtede hændelser i sektorovergange skal skabe fælles læring til gavn for det tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb.

Hovedansvaret for såvel rapportering som læring ligger i ledelsessystemet i de respektive sektorer og institutioner. Hovedvægten i arbejdet med utilsigtede hændelser retter sig mod en læring i organisationerne, hvor man systematisk vurderer risikoen for fremtidige utilsigtede hændelser.

Rapporteringspligten vedr. utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v"<sup>2</sup>. Utilsigtede hændelser i sektorovergange omfatter hændelser, der er sket i forbindelse med patientens overgang mellem to eller flere sektorer, og hvor der ikke er et entydigt hændelsessted.

Den nærmere logistik i rapporteringen er fastlagt i den regionale vejledning: Utilsigtede hændelser i sektorovergange – Begreber, håndtering og læring i organisationen<sup>3</sup>, der er udarbejdet af Region Syddanmark og kommunerne i regionen. Vejledningen kan løbende revideres.

#### **4.1.4 Kompetenceudvikling og videndeling**

Det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen har i voksende grad brug for *både* mere viden, nye kompetencer og udbygget dialog mellem sektorerne og for at anvende den viden og de kompetencer, der allerede findes, bedre for at kunne skabe høj kvalitet for borgerne. Forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering er i voksende grad evidensbaseret. De tre sektorer – kommune, sygehus og almen praksis – er gensidigt afhængige af hinanden med hensyn til deling af viden og kompetenceudvikling.

Der foregår en naturlig udvikling i sundhedsvæsenet mod at borgere og patienter – også af sygehuset – behandles og rehabiliteres i eget hjem. Opgaver overdrages fra sygehus til kommune som en følge af denne naturlige udvikling, som også drives frem af LEON-princippet.

---

<sup>2</sup> Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v nr. 913 af 13. juli 2013

<sup>3</sup> Regional vejledning: Utilsigtede hændelser i sektorovergange – Begreber, håndtering og læring i organisationen, marts 2013.

Derfor er der i det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen et stadigt stigende behov for at formidle og udveksle evident viden. Kompetenceudvikling og videndeling er derfor ikke mål i sig selv, men midler til at opnå høj kvalitet i tværsektorielle patientforløb.

### *Formål*

Formålet er at udvikle en mere systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden, som allerede er udviklet og dokumenteret effektivt i andre dele af sundhedsvæsenet. Derved opnås en mere fleksibel anvendelse af den viden, der allerede findes indenfor det samlede sundhedsvæsens rammer, når viden kan overføres og udveksles mellem sektorer.

Formålet er også at udvikle samarbejde og koordineringen på tværs af sektorer. Fælles sprog og gensidigt kendskab på tværs af sektorer og fag fører til gensidig respekt og forståelse, som også vil øge behandlingskvalitet, øge medarbejdertilfredshed og øge patienttilfredsheden.

Endelig er der et patientsikkerhedsaspekt, idet de rette kompetencer og kvalifikationer kan være med til at forhindre utilsigtede hændelser.

Allerede i dag foregår der kompetenceudvikling, rådgivning og videndeling på tværs af sektorerne. Der er fx adgang til, at sundhedspersonalet i én sektor kan kontakte sundhedspersonale i en anden for at drøfte konkrete patienter og deres konkrete tværsektorielle patientforløb. Det foregår eksempelvis mellem almen praksis og sygehusene og mellem almen praksis og kommunen, fx hjemmeplejen. Der er ikke tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på en andens sektors ekspertise og specialistkompetencer, men rådgivning som ydes ad hoc i forhold til konkrete tværsektorielle patientforløb.

SAM:BO og Shared Care Platformen er andre eksempler på informationsudveksling og videndeling, som den foregår i dag. Desuden har regionen jf. Sundhedslovens § 119 en rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne på forebyggelsesområdet. Rammerne for rådgivningsopgaven er nærmere beskrevet under indsatsområdet forebyggelse (krydshenvisning).

### *Ansvar*

Som grundprincip har hver sektor for sig ansvaret for at sikre at eget sundhedspersonale har de nødvendige kvalifikationer til at løfte de sundhedsopgaver, de har ansvar for. Rekrutteres personale, der ikke har de nødvendige kvalifikationer, er det sektorens eget ansvar at tilvejebringe disse.

Det er et fælles ansvar mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, at bidrage til videndeling og kompetenceudvikling på tværs af sektorerne på de områder, der aftales mellem sektorerne.

For at fastlægge de nærmere aftaler mv., herunder også økonomi, udarbejdes der en aftale for tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse (§ 119, stk. 3 i Sundhedsloven). I samme aftale beskrives også en



organisering på området, ligesom aftalen skal indeholde en beskrivelse af læringsformer, som kan indgå, fx elæring og webinarer.

## **4.2 Videndeling om økonomi og aktivitet og samarbejde om planlægning**

### *Formål og organisering*

For at sikre såvel sammenhæng for borgerne/patienterne i sundhedssektoren som en effektiv styring af ressourcer, er regionen, kommunerne og almen praksis forpligtede til at samarbejde om overgangene mellem sektorerne. Det betyder, at der er behov for at sikre en aktivitetsmæssig og økonomisk gennemsigtighed.

Kommunerne og Region Syddanmark praksis forpligter sig som beskrevet i denne aftale til at levere aktivitetsdata og andet konkret materiale og oplysninger i forbindelse med opgaver og analyser, der faciliterer en hensigtsmæssig styring i de respektive sektorer.

### *Udveksling af aktivitetsdata – regionen*

Region Syddanmark stiller i muligt omfang de nødvendige data om egen og almen praksis' aktivitet og service mv. til rådighed for analyse- og planlægningsarbejde.

Den primære kilde for aktivitetsdata er eSundhed, som stilles til rådighed af Statens Seruminstitut. Derudover stiller Region Syddanmark supplerende, konkrete data til rådighed i fornødent omfang.

På praksisområdet pågår der et arbejde med at implementere et nyt administrativt system, der vil give kommunerne øget dataindsigt i de praktiserende lægers ydelser for kommunens borgere. Systemet forventes i drift for 2016.

### *Udveksling af aktivitetsdata – kommunerne*

Kommunerne stiller i muligt omfang data til rådighed for regionen og sygehusene med henblik på analyse- og planlægningsarbejde.

Data kan f.eks. omhandle ydelser og serviceniveau inden for hjemmesygepleje, genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme mv.

Prioritering og udvælgelse af de specifikke områder, hvor kommunerne stiller supplerende data til rådighed, sker i dialog mellem den fælleskommunale sundhedsøkonomigruppe og/eller de lokale samordningsfora.

### *Koordinering af kapacitet*

Den myndighed der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling, der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet. Den umiddelbare varetagelse heraf påhviler vedkommende forvaltningsområde, institutionsledelse mv.

Af hensyn til den løbende koordinering af kapacitet mellem sektorerne udveksles nærmere information om aktivitetsmønstret i sygehusregi, kommuner og almen praksis. De enkelte sygehuse er forpligtet til at belyse og medvirke i en dialog med kommunerne om væsentlige ændringer i behandlingsaktiviteten i god tid, herunder samarbejde om afklaringen af de nærmere forudsætninger og konsekvenser, så kommunernes opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges.

Kommunen er tilsvarende forpligtet til at belyse og indgå i dialog med sygehuset med væsentlige ændringer i struktur, kapacitet, serviceniveau og kvalitetsstandarder i forebyggende ydelser, hjemmesygepleje og sundhedsplejen, korttidstilbud (rehabiliterings-, trænings-, pleje- og aflastningstilbud).

#### *Opgaveoverdragelse og delegation*

[Der eftersendes et udkast til aftaletekst forud for DAK-mødet.]

#### *Aktivitetsforudsætninger i den økonomiske planlægning*

Regionen orienterer årligt kommunerne om de generelle forventninger til det kommende års udvikling i aktivitet, baseline, aktivitetsvækstkrav og medfinansiering for de enkelte sygehusområder og for praksisområdet. Emnet sættes på dagsordenen på hvert års første møde i Det Administrative Kontaktforum.

Sygehusene orienterer løbende kommunerne om eventuelle forventede større aktivitetsændringer.

Kommunerne orienterer tilsvarende sygehusene og praksis om forventede ændringer i aktiviteter og service.

#### *Sundhedsplanlægning*

Struktur- og kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Syddanmark inddrager og orienterer hinanden via høringer.

#### *Fælles analysearbejde*

Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis forpligter sig til at medvirke i fælles analysearbejder, blandt andet med henblik på at beskrive sandsynlige konsekvenser for aktivitet og økonomi på tværs af sektorerne ved ændringer i opgavevaretagelsen for derigennem at understøtte en samordnet udvikling af sundhedsvæsenet.

#### *Udvikling af model for fælles finansiering*

Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis vil i sundhedsaftaleperioden 2015-2018 igangsætte et arbejde med at udvikle en model for fælles finansiering. Hensigten med dette arbejde er at sikre, at projekter, der samlet set er ressourceeffektive og giver samfundsøkonomisk gevinst, ikke bremses af u hensigtsmæssigt incitamentsstrukturer.

I projekt Integrated Care, som er et partnerskabsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO, er der nedsat en økonomigruppe, der blandt andet arbejder med finansieringsmodeller, der går på tværs af sektorer.

Det tilstræbes at udbrede erfaringerne fra økonomistyringen i Integrated Care til andre sammenhænge i løbet af sundhedsaftaleperioden.

#### *Opfølgning*

Det vurderes løbende:

- om udvekslingen af data og aktivitetsforudsætninger mellem sygehus, praksis og kommuner fungerer efter hensigten,
- om den fornødne koordinering af kapacitet har kunnet sikres og
- om de ønskede analyser har kunnet tilvejebringes

Vurderingen indgår i den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget. Det Administrative Kontaktforum foretager tilsvarende vurderinger i forhold til opfølgning på regionalt niveau.

## **4.3 Sundheds-it og digitalisering**

### **4.3.1. Målsætning for tværsektoriel sundheds-it og digitalisering i Syddanmark**

Anvendelse og udvikling af tværsektoriel sundheds-it og digitalisering af sundhedsområdet skal målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøtte sundhedsaftalernes vision, forretningsmæssige mål og aftaleområder ved at:

- Bidrage til veltilrettelagte og sammenhængende patientforløb ved at understøtte at den relevante information om borgeren/patienten er tilgængelige for de rette parter på det rette tidspunkt, sted og måde. Sundhedsvæsenet skal fremtræde samlet og transparent for både borgere og personale.
- Understøtte en effektiv administration, så personalets andel af tid til behandling og pleje optimeres.
- Understøtte kvalitet i behandling og pleje
- Styrke borgeren/patientens mulighed for at engagere og motivere sig i eget forløb og tage vare på egen sundhed og behandling
- Bidrage til at forebygge forebyggelige genindlæggelser, undgå fejlmedicinering og reducere unødige hjemmebesøg og sygehusbehandling

#### **4.3.2. Strategiske principper og forudsætninger**

Tværasektoriel sundheds-it og digitalisering skal fortsat udbygges og udvikles i Syddanmark på baggrund af gode resultater med det digitale fællesskab og styrkeposition inden for telemedicin og velfærdsteknologi. Fælles perspektiver for digitaliseringens mål, implementering og principper må hvile på enighed om forudsætninger for økonomi og samarbejde. I nedenstående beskrives strategiske principper og forudsætninger for disse.

##### *Forskellige teknologier til forskellige behov*

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af sundhedssamarbejdet om patientforløb: Den meddelelsesbaserede kommunikation, fælles it-systemer, og telemedicin og velfærdsteknologi.

Det er det faglige samarbejde, den konkrete arbejdssituation samt behovet for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger der tages i anvendelse. Den kliniske arbejdsplads er bl.a. ofte kendetegnet ved stor mobilitet, hvilket indebærer behov for adgang til systemer og information via forskellige medier, på forskellige lokationer og i forskellige arbejdsmæssige sammenhænge.

It-løsningerne skal tilbyde ensartede, genkendelige brugergrænseflader og sikre deling af information samt understøttelse af integrerede forretnings- og arbejdsgange på tværs af geografi og organisation.

Målet er, at data kun registreres én gang, uanset hvor i sundhedssektoren data opstår!

##### *Fokus på organisatorisk implementering*

Sundheds-it skal implementeres organisatorisk. Sundheds-it-projekter er først og fremmest organisationsudviklingsprojekter og dernæst tekniske projekter. Sådan er det, fordi nye it-løsninger næsten altid indebærer ændringer i opgaver, roller og processer og skaber behov for nye, specifikke kompetencer. It-projekter skal således planlægges, ledes og gennemføres med både organisationsudvikling og teknisk udvikling for øje. Der skal endvidere sikres kompetenceudvikling og uddannelse i relation til brug af ny teknologi, arbejdsgange og processer.

##### *Fokus på standarder*

Informationssikkerhed og patientsikkerhed er grundlæggende hensyn og skal derfor tænkes ind i nye løsninger helt fra begyndelsen. Informationer skal deles og være tilgængelige i videst muligt omfang, ligesom terminologier og datadefinitioner i størst muligt omfang skal være fælles.

Nye applikationer og systemer opbygges i videst muligt omfang baseret på komponentopbygning og løs kobling, ligesom leverandør- og teknologiafhængighed skal tilsigtes.

Systemer og infrastrukturer skal etableres med henblik på skalerbarhed, tilgængelighed, performance og support, ligesom gældende standarder, nationale og internationale skal overholdes – herunder ift. hjemmemonitorerings- og medicoteknisk udstyr.

#### *Positiv business case som forudsætning*

Digitaliseringen baserer sig på en generel forudsætning om positive business cases: Nyttéværdien af investeringer i digitalisering skal overstige udgifterne til dem. Nyttéværdien kan bestå af finansielt overskud, forbedret kvalitet, øget effektivitet, forbedret arbejdsmiljø, implementering af nye eller ændrede regler, arbejdsgange og arbejdsdeling – og kombinationer af disse forhold. I et tværsektorielt samarbejde må det være det samlede hensyn, der er gældende. Endelig skal systemer og applikationer m.v. understøtte dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling.

#### *Bæredygtige rammer*

Der skal sigtes imod bæredygtige rammebetingelser for udvikling og implementering af telemedicinske løsninger. Heri indgår inddragelse af borgenes eget udstyr i videst muligt omfang og anvendelse af Region Syddanmarks Shared Care Platform som generel platform for understøttelse af patientforløb, der tager udgangspunkt i en fælles, tværsektoriel behandlingsplan.

#### *Forpligtigende samarbejde om fælles, tværsektoriel it*

Der skal ved behov sigtes imod et udbredt, praktisk og forpligtigende samarbejde om it-understøttelsen gennem fælles it, herunder fælles forvaltning af systemområder, fælles support-løsninger (single-points-of-contact) og samfinansiering.

Eksempler på fælles, tværsektoriel it er Shared Care Platformen samt den centrale kommunikationsplatform i telemedicinsk sårvurdering. Et andet eksempel er den eksisterende EDI-sevicedesk, som Region Syddanmark stiller til rådighed med aftale om en fælles meldeprocedure for fejl i EDI-kommunikation (elektronisk kommunikation).

Ved systemforvaltning forstås de opgaver og beslutningsbehov, der følger efter udviklings- og implementeringsopgavens ('projektets') afslutning, vedrørende videreudvikling, vedligehold, implementering, support og klinisk anvendelse omfattende både strategiske, forretningsmæssige/kliniske, kompetenceudviklingsmæssige, forvaltningsmæssige, it-sikkerhedsmæssige, juridiske og økonomiske aspekter.

#### *Prioritering*

Den basale meddelelsesbaserede kommunikation mellem parterne prioriteres fortsat højt sammen med udbredelsesklare løsninger – herunder de aftalte udbredelsesprojekter i de nationale strategier. Desuden igangsættes analyse- og pilotprojekter på andre områder. Disse projekter rammesættes i en kommende tværsektoriel strategi for telemedicin og det digitaliserede sundhedssamarbejde.

### 4.3.3. Udbredelsesprojekter

Følgende områder skal i aftaleperioden prioriteres og udbredes i hele regionen med deltagelse af alle parter:

- Udbredelse af MedCom-standarder
- Koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort
- Udbredelse af Telemedicinsk sårvurdering
- Anvendelse af teleudskrivningskonferencer
- Udbredelse af Shared Care Platformen til styrkelse af det tværsektorielle samarbejde Udbredelse af telepsykiatri

VisinfoSyd på Sundhed.dk er parternes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

Der skal stedse sikres sammenhæng til nationale strategier og handlingsplaner samt initiativer i økonomiaftalerne med udbredelse af tværsektoriel it-anvendelse og telemedicin, som skal koordineres i fællesskab, og hvor udbredelse skal understøttes.

Den konkrete handleplan udmøntes i en tværsektoriel strategi for telemedicin og digitalisering af sundhedssamarbejdet.

### 4.3.4. Udviklingsområder

Udviklingen nødvendiggør, at ressourcestærke patienter i højere grad skal tage vare på egen behandling – og at sundhed således bliver et fælles ansvar mellem borger og sundhedsvæsenet. Det skal medvirke til at mindske de offentlige udgifter, bidrage til øget livskvalitet for patienterne og mindske ulighed i sundhed ved at frigøre ressourcer til at tage mere hånd om resourcesvage borgere.

Der er endvidere en øget specialisering på sygehusene, som skal indgå i tæt samarbejde med primærsektor. Der er derfor et stort potentiale i at sikre let adgang til ekspertise via teknologi på tværs af sektorer, så viden kan anvendes bedre og gennem hele patientforløbet. Det kan bl.a. medvirke til en tidlig opsporing og forebyggende indsats.

Anvendelse og udbredelse af teknologier og metoder til at styrke patient-/borgerinddragelse samt til understøttelse af samarbejdet mellem parterne vil derfor være et fælles satsningsområde i næste aftaleperiode.

For at høste gevinsterne og for at ruste til fremtiden med de teknologiske muligheder, der udbygges kraftigt i disse år, er der behov for bæredygtige rammer med en både organisatorisk og teknisk infrastruktur, der vil gøre det lettere og billigere at igangsætte, implementere og drifte løsninger.

Ovenstående skal ligeledes rammesættes i udarbejdelse og iværksættelse af en tværsektoriel strategi og handlingsplan for udvikling og udbredelse af telemedicin og digitalisering, hvor væsentlige elementer vil være:

- Etablering af en fælles telemedicinsk infrastruktur – en digital landevej, som giver adgang til tværsektorielle services og samarbejde – let adgang for borgeren i hjemmet til via video- og dataopkobling at komme i kontakt til sundhedsvæsenet
- Etablering af fælles servicecenter, som dels kan håndtere logistik ved etablering af udstyr hos borgeren og dels giver borgeren (og klinikerne) en enkelt adgang til hjælp og fejlhåndtering.
- Etablering af et FastTrack setup til hurtig udvikling og afprøvning af ideer i praksis
- Udbredelse af modne og afprøvede løsninger – evt. med afsæt i specifikke områder så som KOL- og hjerteområdet
- Styrkelse af forsknings- og dokumentationsindsatsen på området som grundlag for en kvalificeret vurdering af nytteværdi for at sikre udbredelse af de rette løsninger

Som forudsætning for en fælles satsning skal der endvidere sikres adgang til tilstrækkelig båndbredde for borgere og sundhedsinstitutioner (sygehuse, kommuner, praksis m.v.).

Der skal endvidere være fokus på at udnytte og sammenstille allerede udviklede løsninger og teknologier.

#### **4.3.5. Organisering af it-samarbejdet**

Det Administrative Kontaktforum har det overordnede ansvar for at monitorere og rapportere om gennemførelse af de aftalte planer for it-gennemførelse inden for de specifikke aftaleområder.

Udbredelsesprojekter søges principielt etableret som fælles projekter hos alle relevante parter. Analyse- og udviklingsprojekter besluttes af relevante organer..

#### **4.3.6. Økonomiske konsekvenser**

Hver organisation er principiel ansvarlig for egen it-anvendelse og udvikling af egne it-systemer. Udvikling af it-systemerne til at kunne håndtere elektronisk kommunikation og telemedicin afholdes således af egen organisation.

Fælles forvaltning, drift og support af fælles it vil endvidere medføre fælles økonomiske forpligtigelser.



Det er vigtigt, at der redegøres for de økonomiske konsekvenser af de udviklingsprojekter samt finansieringsmodeller for fælles it som en del af beslutningsgrundlaget.

## 5. Obligatoriske indsatsområder

De følgende afsnit beskriver de indsatser, aftaler, værktøjer og metoder, som er generelle og gældende, uanset hvilke typer af forløb, der er tale om.

Når der er tale om specifikke indsatser inde for de tre områder, som skal udvikles i forhold til konkrete målgrupper, vil de blive beskrevet under de målgruppeaftaler, som findes sidst i aftalen.

### 5.1 Forebyggelse

#### 5.1.1 Formål

Det overordnede formål med sundhedsaftalen om forebyggelse er at sikre, at borgere og patienter i Region Syddanmark med behov for forebyggelse systematisk tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet. Borgere og patienter skal i kontakten med både kommune, almen praksis og sygehus opleve, at deres behov og motivation for forebyggende indsatser vurderes individuelt og under hensyntagen til social baggrund og levevilkår, og at der koordineres på tværs af sektorer ved behov.

#### 5.1.2 Principper for samarbejdet

Som udgangspunkt bygger samarbejdet om forebyggelsesindsatserne på en tillid til, at både almen praksis, kommunerne og regionen, kender til og sikrer udbredelse og implementering af de relevante indsatser og ansvar, som er gældende inden for egen sektor.

Effektive forebyggelsesindsatser er vigtige for at sikre fremme af en sundere livsstil og reducere den risikoadfærd, som kan føre til udvikling af langvarig og kronisk sygdom.

Både almen praksis og sygehuse kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud. I aftaleperioden er målet, at alle kommuner kun skal have én indgang for henvisning. På den måde får kommunerne styrket muligheden for, på baggrund af en dialog og i samarbejde med borgeren, at tilrettelægge det rette individuelle optimale rehabiliteringsforløb, og samtidig lettes henvisningsproceduren for de henvisende parter.

Der skal udarbejdes slutstatus for forebyggelses/rehabiliteringsindsatsen, som sendes til den henvisende part og egen læge ved forløbets afslutning.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker danner grundlag for en kvalificering af forebyggelsesindsatserne i kommunen. Kommunerne vil i aftaleperioden bl.a. arbejde med at implementere forebyggelsespakkernes anbefalinger på grundniveau. Fremdriften i implementeringen vil være forskellig fra kommune til kommune.

### 5.1.3 Sammenhængende forebyggelsesforløb

Et forebyggelsesforløb bliver sammenhængende via koordinering mellem følgende elementer:

1. Registrering, henvisning og tilbagemelding i kommunikationen og samarbejdet på tværs af de sektorer, der er involveret i det konkrete forebyggelsesforløb.
2. Opsporing, information, motivation og gennemførelse af selve forebyggelsesaktiviteten med borgeren eller patienten aktivt involveret og inddraget.

Der findes forskellige typer af forebyggelsesforløb:

1. I **almen praksis** kan et forebyggelsesforløb opstartes ved, at en borger henvender sig vedr. egen livsstil, ved screening eller ved at lægen afdækker et forebyggelsesbehov. Almen praksis informerer, motiverer og iværksætter en intervention i samarbejde med borgeren. Vurderes der at være yderligere behov, henvises borgeren til et **kommunalt** forebyggelsestilbud eller til **sygehuset**, såfremt behovet er en specialiseret patientuddannelse. Når borgeren er afsluttet i kommune eller sygehus, enten ved at forebyggelsesaktiviteten er gennemført eller borgeren er frafaldet, meldes tilbage til **almen praksis**.
2. Et **kommunalt** forebyggelsesforløb opstartes ved, at en borger enten henvender sig i et kommunalt tilbud, fx i sundhedscentret, med ønske om at deltage i en forebyggelsesaktivitet eller ved, at kommunalt personale opsporer borgeren. Såfremt der er behov, informeres borgeren om og motiveres til at opsøge **egen læge**, som undersøger og diagnosticerer borgeren, samt foretager det, der i øvrigt er fornødent, herunder at henvise til **kommune** eller **sygehus**. Alternativt informeres og motiveres borgeren til en forebyggelsesindsats i kommunalt regi, hvortil borgeren visiteres. Efter aftale med borgeren orienteres **egen læge** herom via en korrespondancemeddelelse.
3. I **sygehuset** opstartes et forebyggelsesforløb når sygehuset foretager en vurdering af patientens sundhedsmæssige risiko vedr. livsstilsfaktorer. Formålet er, at patienter med livsstilsfaktorer, der påvirker resultatet af patientforløbet negativt, tilbydes intervention, og at øvrige patienter med livsstilsbetinget sundhedsmæssig risiko vejledes om forebyggelsesmuligheder. Sygehusets opgave er herefter at informere og motivere patienten til deltagelse i et forebyggelsestilbud i **kommunalt** regi eller i et patientrettet forebyggelsestilbud i **sygehuset**, fx patientuddannelse, samt at henvise patienten til dette tilbud.

#### *Sundhed.dk*

Sundhed.dk anvendes som informationsportal til brug for det sundhedsfaglige personale i kommuner, almen praksis og på sygehusene, der samarbejder om borger og/ patienter på tværs af sektorgrensene. Fælles information kan bidrage til at sikre mere sammenhængende behandlingsforløb, idet der skabes synlighed og tilgængelighed samarbejdspartnerne imellem.

### 5.1.4 Mål for den borgerrettede forebyggelse:

Sundhedsprofilens selvrapporterede data vedr. rygning og skadeligt alkoholforbrug skal reduceres. Dette skal ske gennem en målrettet indsats i alle sektorer.

[Konkrete målsætninger for samarbejdet udvikles på baggrund af data fra Sundhedsprofilen og Fælles Fremtidsbilleder]

### 5.1.5 Konkrete indsatser

#### *Tidlig opsporing og forebyggelse*

Region Syddanmark, udvalgte praktiserende læger og en række kommuner indgår i et pilotprojekt om udvikling af et samlet koncept for tidlig opsporing og forebyggelse af en række livsstilssygdomme. Når projektet er afsluttet, vurderes om konceptet skal udbredes til hele regionen.

Projektets målsætninger udvikles på baggrund af evalueringen af projektet.

#### *Forebyggelsesindsatser som en del af det samlede patientforløb*

I forbindelse med alle konkrete samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer om specifikke målgrupper, beskrives og aftales det konkrete samarbejde om den forebyggende indsats, som skal iværksættes de enkelte målgrupper. Især den patientrettede forebyggelsesindsats kræver et tæt samarbejde på tværs af sektorer, og den enkelte sektors specifikke opgaver og ansvar beskrives og aftales med udgangspunkt i bl.a. kliniske retningslinjer og anden faglig evidens.

Der skal udvikles mål for den samlede tværsektorielle patientuddannelsesindsats, og patientuddannelseskoncepterne skal målrettes et sigte på at reducere ulighed i sundhed. Det betyder også, at der skal udvikles IT- og velfærdsteknologiske løsninger, der kan understøtte patientens egenomsorg og medansvar for den forebyggende indsats.

#### *Ernæringsscreening*

Sygehusene foretager, som en del af deres forebyggende indsatser for indlagte patienter, ernæringsscreeninger på konkrete patientgrupper.

I aftaleperiodens første år, udarbejdes en konkret samarbejdsaftale for samarbejde omkring ernæring, herunder hvordan det sikres, at kommunens medarbejdere bliver i stand til at indarbejde screeningsresultaterne i deres videre forebyggende og rehabiliterende indsatser i samarbejde med den enkelte borger.

Målet med aftalen er, at reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser af ernæringsmæssige årsager.

#### *Hygiejne*

Ved aftaleperiodens start, igangsættes et arbejde med henblik på at udvikle et tværsektorielt samarbejdsaftale omkring infektionshygiejnisk forebyggelse. Samarbejdsaftalen skal indeholde en model for rådgivning og kompetenceudvikling, og der skal udarbejdes en fælles regional aftale om finansiering af konkrete ydelser fra sygehusene til kommunerne.

Målet er at reducere risikoen for infektioner på grund af hygiejnemæssige årsager, og at reducere antallet af indlæggelser på grund af dette.

#### *Faldforebyggelse*

Der udarbejdes en aftale om samarbejde, videndeling og kompetenceudvikling omkring faldforebyggelse. Der aftales hvordan sygehusene kan rådgive kommunerne, og der udarbejdes i forbindelse med aftalen, konkrete indikatorer for identifikation af risiko-faktorer og for effekten af den implementerede indsats.

På baggrund af resultaterne fra Fælles Fremtidsbilleder, udvælges øvrige indsatsområder om nødvendigt.

#### *Forebyggelse forud for operation*

Kommuner, almen praksis og regionen indgår i aftaleperioden en samarbejdsaftale omkring forebyggelsesindsatser forud for operation.

Målet er at nedsætte antallet af komplikationer ved operative indgreb.

#### *Borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier*

Misbrugsbehandlingen er en kommunal opgave. Men samtidig har almen praksis og frontpersonalet i sundhedsvæsenet og andre steder fx pædagogen i daginstitutionen, når de er i kontakt med borgeren, en forpligtelse til opsporing af skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, samt til at motivere borgeren/patienten til forebyggelse og behandling.

Der indgås i aftaleperioden en samarbejdsaftale, som indeholder konkrete værktøjer og metoder til opsporing og behandling, og der udvikles mål for den samlede indsats.

I forbindelse med samarbejdet omkring svangreomsorgen, er der indgået aftale om samarbejde omkring familieambulatorier for gravide med rusmiddelproblematikker.

#### *Tidlig opsporing og indsats overfor psykisk sygdom samt forebyggelse af risikofaktorer og somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom*

Regionen og kommunerne i Syddanmark har i 2013 godkendt Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med sindslidelser. Strategien har fokus på tidlig opsporing og opfølgning i forhold til Kram-faktorerne: Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

Gennem aftaleperioden vil aftaleparterne implementere strategien, jf. den implementeringsplan der er lagt for dette.

### **5.1.6 Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne**

Regionen rådgiver kommunerne på forebyggelsesområdet, jf. sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning herom. Rådgivningsopgaven omfatter hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

Rådgivningen skal understøtte sundhedsaftalens mål og indsatser. Der udvikles i starten af aftaleperioden en samarbejdsaftale mellem kommunerne og regionen om de konkrete rådgivningsaktiviteter.

Rådgivningsfunktionen er desuden ramme for udvikling og gennemførelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der kan generere nye samarbejds måder og viden og evidens om forebyggelse. Regionen søger i den forbindelse at indgå en samarbejdsaftale med Syddansk Universitet til styrkelse af forsker-praktiker-samarbejdet. Formål er at kvalificere og styrke udvikling og gennemførelse af tværkommunale og tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter, at formidle forskningsresultater til praksis og at formidle kommunale og regionale forskningsbehov med SDU.

Forsknings- og udviklingsprojekter skal på samme måde understøtte sundhedsaftalens strategiske indsatsområder, og det konkrete samarbejde omkring dette, aftales mellem parterne i ovennævnte samarbejdsaftale.

### **5.1.7 Evidens, kvalitet og forskning i forebyggelse**

Både sygehuse, kommuner og almen praksis sikrer, at de forebyggende indsatser er evidensbaserede eller alternativt hviler på god faglig praksis. Der er i særlig grad brug for evidensbaseret viden om implementering og organisering af forebyggelse.

## **5.2 Behandling og pleje**

### **5.2.1 Grundprincipper for sammenhængende behandling og pleje**

Sammenhængende forløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i indsatserne som hhv. kommuner, almen praksis og sygehuse leverer. Sammenhængende forløb handler først og fremmest om at samarbejde om at sætte fokus på den enkelte borgers/patientes behov og forløb, og dermed opnå højere kvalitet i og tilfredshed med forløbet med sundhedsvæsnets indsatser. Derudover kan de enkelte organisationer / sektorer ved at arbejde målrettet med forskellige former for forløb skabe mere effektive arbejdsgange og en mere optimal ressourceanvendelse, således at der skabes mere sundhed for pengene.

Samarbejdsaftalen inddrager LEON-princippet, som indebærer, at indsatserne altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau under hensyntagen til krav i lovgivningen og kliniske vejledninger.

SAM:BO står for den regionale samarbejdsaftale om borger- og patientforløb og skal fremadrettet tilpasses, så den kan dække såvel somatik som psykiatri, samt voksne som børne- & unge området.

Dette indebærer, at varslingsfristerne på det psykiatriske område afvikles, således at dialogen om udskrivning starter ved indlæggelse i lighed med det somatiske område.

For børn og unge henvises til særskilt afsnit i sundhedsaftalen.

Variationen og kompleksiteten i de enkelte forløb er individuel og bevirker, at den elektroniske kommunikation skal understøtte og anvendes i det tværsektorielle samarbejde. Herunder i kontakten med eksempelvis jobcenter, socialpsykiatri og familieafdelingen, hvilket kommunen skal sikre koordinationen af.

### **5.2.2 Videreudvikling af SAM:BO aftalen**

I SAM:BO aftalen fra 2009 er der udførligt beskrevet en opgavefordeling omkring kommunikation og samarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Samarbejdet omkring behandling og pleje bygger videre på de gode erfaringer, der er opnået i den foregående sundhedsaftaleperiode.

Der skal i aftaleperioden udarbejdes "den gode statusattest", herunder hvad indholdet skal være, svarfrist m.m.

For at sikre, at borgeren får de rette behandlingsredskaber og hjælpemidler, skal det i forbindelse med udskrivning aftales, hvilke remedier der er nødvendige for borgerens videre rehabilitering, herunder hvem der er ansvarlig for udlevering og finansiering. For at understøtte samarbejdet om dette, fortsættes arbejdet med Casekataloget, som er parternes værktøj til fortolkning af Afgrænsningscirkulæret<sup>4</sup>

#### *Særligt for psykiatrien*

For psykiatrien er der en række tekniske, organisatoriske og kulturelle udfordringer på vejen frem mod mere elektronisk kommunikation på tværs. I den kommende sundhedsaftaleperiode intensiveres samarbejdet yderligere om den elektroniske kommunikation på det psykiatriske område via anvendelse af SAM:BO.

I ikke-komplekse forløb kommunikerer psykiatrien med udgangspunkt i SAM:BO, hvor dette er teknisk muligt.

#### *Indsatsområder – særligt for psykiatrien*

---

<sup>4</sup> Reference til cirkulæret



I komplekse forløb i regi af psykiatrien arbejdes der hen imod at rette data er tilgængelige for rette vedkommende og understøtter samarbejdet på tværs af sektorer og afdelinger f.eks. via Shared Care Platformen.

#### *It-understøttelse og telemedicin*

It-understøttelse er med til at sikre og styrke sammenhæng, kvalitet og samarbejde samt dialog ved at gøre de nødvendige data om patienten og borgeren tilgængelige hos de rette parter på rette tid og sted. Dette er der allerede gode erfaringer med bl.a. via SAM:BO. Der skal videreudvikles it-understøttelse af samarbejdet på følgende områder:

##### *- Elektronisk kommunikation:*

- Bookingsvar og afrapportering / status til almen praksis efter endt forebyggelsestilbud i kommunen
- It-understøttelse i psykiatrien – brug af SAM:BO
- Funktionsevnebeskrivelse fælles for genoptræningsplan og plejeforløbsplan /udskrivningsrapport
- Shared Care for specifikke forløb f.eks. komplekse psykiatriske forløb + hjemmemonitorering

##### *- Telemedicin:*

- Forebyggende hjemmebesøg via video
- Rådgivning via video
- Internetpsykiatri + telepsykiatri
- Hjemmemonitorering.

### **5.2.3 Forebyggelse af (gen)indlæggelse**

Kommunerne skal udvælge og anvende metoder (så vidt muligt evidensbaserede), der mest effektivt bidrager til at forebygge forværring af borgerens tilstand, så unødvendig indlæggelse undgås.

Den praktiserende læge medvirker også til at forebygge (gen)indlæggelser, f.eks. i forbindelse med opfølgning og kontrol af de lægefaglige elementer efter en indlæggelse. Den praktiserende læge kan henvise til relevant tilbud kommunalt eller regionalt, og forudsætningen herfor er, at det skal være tydeligt for alle samarbejdsparter, hvilke tilbud kommunen og regionen har på området. Tilbuddene beskrives på sundhed.dk.

### **5.2.4 Tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet**

Mange patientforløb involverer ordination og anvendelse af medicin. For at sikre gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi er der behov for tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet.

Fælles Medicinkort forventes i løbet af 2015 at være implementeret i alle sektorer. Det betyder, at alle parter får adgang til at dele den samme information om aktuell lægeordineret lægemiddelbehandling, så der ideelt set ikke længere skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdateret medicinlister. Det kan blive til stor gavn for alle.

Til gengæld kan FMK ikke løse andre faglige og tværsektorielle udfordringer som fx valg af lægemiddel, vurdering af behov for ændringer og brugerinddragelse. Derfor foreslås nye fokusområder samtidig med at det igangværende samarbejde fortsætter.

*Nye fokusområder i forhold til det hidtidige samarbejde:*

- Tværsektorielt samarbejde om ordination og anvendelse af lægemidler på psykiatri-området med involvering af bl.a. psykiatriens lægemiddelkomite, den fælles praksiskonsulentordning og det regionale lægemiddelteam. Samarbejdet omfatter også personer, der har både psykisk og somatisk sygdom.
- Brugerinddragelse. Patient- og pårørendeperspektiv på anvendelsen af lægemidler
- Lægemidler spiller en stor rolle i behandlingen af kronisk sygdom. For at få en sikker og effektiv anvendelse af lægemidler skal kommuner, sygehus og praksissektor (inkl apotekerne) indtænke patienter og eventuelt pårørende som ressource /aktiv part.
- Korrekt anvendelse af Fælles Medicinkort med fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) Det er vigtigt at have fokus på de indbyrdes afhængigheder mellem IT-løsninger, funktionaliteten i klinisk hverdag og kvalitet/patientsikkerhed.

I første del af implementeringsperioden på sygehuse og i praksissektoren har der været udfordringer i forbindelse med den tekniske del af udvikling og certificering af IT-løsninger. Fremover vil der i højere grad blive fokus på den organisatoriske implementering. Der er behov for en organisation, der kan sikre koordination og beslutninger om tværsektorielle arbejdsgange.

I aftaleperioden arbejdes med følgende initiativer:

- Tværsektoriel afklaring af, hvem der laver hvilke medicingennemgange hvornår og for hvilke patienter
- Risikolægemidler: En stor del af utilsigtede hændelser omfatter lægemidler. Implementering af FMK hos alle tre sundhedsaftaleparter er en ekstra anledning til at sætte fokus på de lægemidler, der indebærer de største risici ved forkert anvendelse.

## **5.3 Genoptræning og rehabilitering**

### **5.3.1 Målsætninger og principper for samarbejdet**

Overordnet har denne del af sundhedsaftalen som mål at sikre, at borgere med nedsat funktions- evne relateret til somatisk og/eller psykisk sygdom, ved behov for genoptræning og rehabilitering, tilbydes et sammenhængende forløb af høj kvalitet. Desuden skal patientinddragelsen styrkes og

der skal være effektiv, tidstro og relevant kommunikation på tværs af sektorer, som blandt andet skal sikres gennem klare retningslinjer og effektiv IT-understøttelse.

### **5.3.2 Arbejdsdeling**

#### *Sygehus*

Sygehusene er ansvarlige for den specialiserede sygdomsspecifikke patientuddannelse, genoptræning og rehabilitering. Opgaven er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner.

#### *Kommune*

Kommunerne er ansvarlig at tilbyde almen patientuddannelse, genoptræning og rehabilitering, som kan være tilrettelagt enten sygdomsspecifik eller generel på tværs af diagnoser.

#### *Almen praksis*

Almen praksis har en væsentlig rolle ved tidlig opsporing samt identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer. Vurderer almen praksis, at patienten har behov for patientuddannelse, genoptræning og rehabilitering henvises patienten til relevant tilbud i sygehusregi eller eventuelle tilbud i kommunalt regi. Henvisningen sker ud fra en individuel vurdering. Herudover har almen praksis mulighed for at varetage konkrete forebyggende interventioner.

#### *Henvisning*

I tilfælde hvor det lægefagligt vurderes, at patienten har et behov for et tilbud i kommunalt regi skrives en henvisning. Dette kan både være aktuelt i forbindelse med udskrivning fra sygehus, men også tidligere i et behandlingsforløb. Henvisningen udløser en handlepligt for kommunen, men foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service, herunder indhold form og kapacitet, i sine tilbud.

Der anvendes elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra lægepraksis og sygehusafdelinger, således at henvisninger sendes i MedCom-standarden for elektroniske henvisninger til kommunen. Kommunen og praktiserende læger orienteres jf. aftaler i Sam:Bo.

Henvisningen er generisk, dvs. at den henvisende part beskriver patientens problemstilling, behov og ressourcer. Når kommunen visiterer patienten til et tilbud informeres patientens egen læge/sygehus om tid og sted for påbegyndelse af tilbuddet. Kommunikationen foregår elektronisk. Når forløbet er afsluttet sender kommunen med patientens samtykke orientering til patientens alment praktiserende læge/sygehus med slutstatus.

I aftaleperioden er målet, at alle kommuner kun skal have én indgang for henvisning.

### **5.3.3 Samarbejde om rehabilitering på tværs af sektorer og forvaltningsområder**

Det er et fælles mål for parterne, at borgere vender hurtigt tilbage til det bedst tænkelige funktionsniveau i sit arbejds- og familieliv. Det er ligeledes et fælles mål, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet, at ingen borgere i deres sygeperioder oplever unødigt ventetid til udredning, behandling, genoptræning eller rehabilitering, og at den samlede sagsbehandlingstid i sygedagepengeforløb mindskes.

En tidlig målrettet indsats overfor udvalgte sygdomsgrupper, herunder sygedagpengemodtagere, mennesker med erhvervet hjerneskade og mennesker med sindslidelser, skal forebygge udviklingen af kronisk sygdom, og dermed risiko for at miste arbejdsmarkedstilknytning.

Sygehusenes udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og -potentiale, udarbejdelse af evt. genoptræningsplan og tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold SAMBO er afgørende for det videre rehabiliteringsforløb.

#### *Sammenhæng og helhedsperspektiv*

Medarbejdere i kommuner og relevante regionale funktioner skal anlægge en helhedsbetragtning og have en fælles terminologi, et fælles billede af funktionsevnen og samarbejde, kommunikation og koordination både inden for og på tværs af sektorer. Rehabiliteringsindsatser på sundhedsområdet får ofte langt mere effekt og holdbarhed, hvis de følges op gennem tilbud på f.eks. social-, arbejdsmarkeds- eller uddannelsesområdet, tilrettelagt efter en samlet plan for rehabiliteringen. Samtidig er det somatiske og psykiatriske sundhedsperspektiv ofte afgørende for rehabiliteringsindsatsen på beskæftigelsesområdet. Erfaringerne med reformerne på beskæftigelsesområdet skal følges mhp. at afklare om principperne herfra kan udbredes til andre felter i samarbejdet.

Der skal jf. afsnit 2.4 udvikles en fælles forståelse af og tilgang til samarbejdet omkring rehabilitering og den rehabiliterende tilgang. I den forbindelse skal der anvendes de relevante faglige metoder, bl.a. recovery og ICF.<sup>5</sup>

#### *Samarbejdet på socialområdet*

Flertallet af de syddanske kommuner benytter voksenundretningsmetoden, som er en forenklet udgave af ICF systematikken, i sagsbehandling og udredning af borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse og/eller sociale problemer.

[Sundhedsstyrelsen har netop igangsat et arbejde med henblik på at udvikle en model for stratificering af patienter med behov for genoptræning/rehabilitering. Dette arbejde forventes at munde ud i, at sygehuse på udvidede beføjelser i forhold til genoptræningsplaner for patienter med komplekse rehabiliteringsbehov. Det forventes også, at der vil blive udviklet specifikke kriterier for den sundhedsfaglige kvalitet i indsatsen for borgere med komplekse og omfattende rehabiliteringsbehov].

---

<sup>5</sup> Henvisninger til beskrivelser

### **5.3.4 Genoptræning og rehabilitering for psykiatriske patienter.**

Der igangsættes et arbejde med at afdække særlige udfordringer for psykiatriske patienter og deres adgang til og kvaliteten af gentrænings- og rehabiliteringsindsatser. På baggrund af denne afdækning igangsættes relevante udviklingsinitiativer.

### **5.3.5 Rammer for udvikling af samarbejdet vedr. patientuddannelse**

#### *Overordnede målsætninger*

Sygehuse og kommuner har ansvaret for at udbyde, udvikle og evaluere effektive, kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelsesindsatser. Målet er, at borgerne oplever sig inddraget og at sektorerne samarbejder således, at der sikres sammenhæng, dialog og koordinering mellem parterne og med borgeren/patienten.

Der udarbejdes i aftaleperioden en aftale om udvikling af samarbejdet om patientuddannelser på tværs af sektorer. Herunder skal der ses på, hvordan samarbejdet tilrettelægges, så der både tages hensyn inddragelse af patienter og pårørende, målet for den enkelte patient, samarbejde ud fra hensynet LEON-princippet og til en sammenhængende indsats af dokumenteret høj kvalitet. I aftaleperioden udvikles og/eller afprøves og evalueres et redskab til effektmåling af patientuddannelse.

#### *Lighed i sundhed*

Særligt sårbare patienter/borgere som eksempelvis psykiatriske patienter, multisyge og visse gruppe af etniske minoriteter kan have mindre grad af mestringsevne og nedsat sygdomserkendelse. Patientuddannelsen bør derfor differentieres, så den tager udgangspunkt i borgerens behov, ressourcer, motivation og parathed. Forløbet kan tilrettelægges individuelt eller i grupper. Det væsentligere er, at patienten/ borgeren oplever, selv at tage styringen med hvad der skal ske, og hvornår det skal ske. Dette giver større gennemførselsgrad og mindre frafald. Patienten/Borgeren oplever større udbytte og dermed bæredygtighed af indsatsen.

#### *Udviklingsmål vedr. Shared Care Platform:*

Patienter/borgere med multisygdom og/eller særlige sårbare patienter, er ofte i deres forløb/behandling i kontakt med mange parter. Det medfører et udpræget behov for at dele data om den fælles patient. Anvendelsen af Shared Care Platformen kan understøtte det behov ligesom det fremadrettet understøtter forløb med kronisk syge borgere. Shared Care Platformen videreudvikles i henhold til IT-strategien for det digitale sundhedssamarbejde, således, at det også kan understøtte behov på patientuddannelsesområdet.

### **5.3.6 Ansvar og snitflader på genoptræningsområdet**

For at sikre klarhed om snitflader og samarbejde på tværs af sektorer og lovgivninger, udvikles ved aftaleperiodens begyndelse, et nyt snitfladekatalog. Det endelige arbejde afventer Sundhedsstyrelsens revision af "Vejledning om træning i kommuner og regioner"

#### *Nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet*

Der igangsættes et arbejde med at udrede årsager til ventetider på genoptræning, med henblik på at udvikle metoder og samarbejdsformer, der kan medvirke til at reducere uhensigtsmæssig ventetid.

### **5.3.7 Træning i stedet for operation, herunder implementering af kliniske retningslinjer**

#### *Kliniske retningslinjer*

Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante fagprofessionelle i perioden 2012-2016 ca. 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR). Nationale kliniske retningslinjer skal bidrage til et evidensbaseret grundlag og sikre ensartet og høj kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering, herunder genoptræning og pleje. Herudover er det formålet at understøtte sammenhængende patientforløb, prioritering i sundhedsvæsenet og videndeling på tværs af sektorer og faggrupper. Retningslinjerne har således et tværfagligt og tværsektorielt fokus. Samtidig udarbejdes faglige visitationsretningslinjer på udvalgte områder, som præciserer henvisningskriterierne

Region, kommuner og praksisområdet indgår aftaler om implementering af NKR, der har konsekvenser for det tværsektorielle samarbejde. Parterne træffer beslutning om den konkrete arbejdsdeling på baggrund af de ændringer i hidtidige rutiner og arbejdsgange, som følger af den enkelte retningslinje. Dette sker med afsæt i lovgivningen, eksisterende aftaler samt LEON-princippet.

I det omfang der af de kliniske retningslinjer fremgår indikatorer, der kan bruges til monitorering af implementering og målopfyldelse, indarbejdes indikatorerne i en registreringspraksis – når registreringen er IT-understøttet.

#### *Træning i stedet for operation*

En række kliniske retningslinjer anbefaler ikke-kirurgiske indgreb som første intervention. Disse sundhedsindsatser skal foregå i primærsektoren, og skal planlægges med et rehabiliterende sigte. Dette medfører en ændret visitationspraksis og arbejdsdeling mellem sygehuse, praksisområde og kommuner. For hver af disse retningslinjer, skal der indgås aftaler om arbejdsdeling med henblik på at sikre høj kvalitet og sammenhængende forløb for den enkelte borger.

For yderligere at kvalificere dette, vil regionen og kommunerne i fællesskab, og evt. i samarbejde med forskningsinstitutionerne, iværksætte forsknings- og udviklingsprojekter, der skaber ny viden om effekten af træning frem for operation.

#### *Beskæftigelsesreformerne – rehabiliteringsteams*

Reformerne i 2013 på fleks- og førtids-, sygedagpenge- og området indebærer nye strukturerede samarbejder mellem kommunen og regionen om bl.a. sundhedsfaglig rådgivning og vurdering.

*På fleks- og førtidspensionsområdet* er der indgået samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og de syddanske kommuner om rådgivning og vurdering fra klinisk funktion, herunder sundheds-koordinatorfunktionen i relation til rehabiliteringsteams.

*Som led i sygedagpengereformen* etableres kommunale jobafklaringsforløb og samarbejdsaftaler, som tager udgangspunkt i de samme principper. Omfanget af forløb kan forventes at være højere, og rehabiliteringsteamet inddrages tidligere i forløbet end på førtidspension- og fleksjobområdet.

## 6. Aftaler om specifikke målgrupper

### 6.1 Samarbejdet om den ældre patient

#### *Den ældre medicinske patient*

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet en national Handlingsplan for den Ældre Medicinske Patient. Planen skal reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen-)indlæggelser og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløb.

Der er i Region Syddanmark iværksat en regional udmøntning af planen, og arbejdet er forankret i følgegruppen for SAMBO. For indsatserne vedr. fælles regional-kommunal forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelsen er der udformet en tillægsaftale til sundhedsaftalen. Tillægsaftalen skal sikre, at den særligt svækkede ældre medicinske patient får intensiveret, personligt tilpasset og koordineret støtte til et sammenhængende patientforløb. Udgangspunktet for indsatsen er Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, SAM:BO. Tillægsaftalen beskriver således rammerne for det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient, herunder organisering, drift, indhold, kvalitetsudvikling, monitorering og opfølgning, og er vedlagt nærværende sundhedsaftale som bilag X<sup>6</sup>.

#### *Borgere med demens*

I de kommende år forventes der afledt af den aldrende befolkning, at der vil komme en øget efterspørgsel på demensbehandling mv. Det gælder både i regionalt regi og i forhold til en øget efterspørgsel på pleje i kommunerne.

Partnerne ambition er at sikre at demensudredning og behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

Derfor er derfor borgere med demens er der indgået en særlig samarbejdsaftale. Samarbejdsaftalen på demensområdet i Region Syddanmark er en aftale mellem den regionale demensindsats, Praksisudvalget og regionens 22 kommuner.

Aftalen beskriver ansvarsområder og sektorovergange i demensindsatsen i Region Syddanmark for dermed at sikre regionens borgere med demens eller demenssymptomer gode og sammen-

---

<sup>6</sup> Herudover er der udarbejdet en regional vejledning til sundhedspersoner på sygehuse, i kommuner og i almen praksis. Vejledningen har til formål at sikre en ensartet screening af og registreringspraksis i relation til de særligt svækkede ældre medicinske patienter. Vejledningen er ligeledes vedlagt som bilag til nærværende sundhedsaftale.



hængende forløb. Endvidere er der en fælles hjemmeside med information om demens for borgere og fagfolk, som løbende opdateres. Hjemmesiden findes på [www.demenssyd.dk](http://www.demenssyd.dk).

## **6.2 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser.**

De syddanske kommuner og Region Syddanmark anerkender, at man har en fælles opgave for at imødegå, at mennesker med en psykiatrisk lidelse har en betydelig overdødelighed ift. den øvrige befolkning bl.a. som følge af somatiske lidelser.

De syddanske kommuner og Region Syddanmarks overordnede fælles målsætning for psykiatriske patienter med en eller flere somatiske lidelser er, at de skal sikres en forebyggende og behandlende indsats på niveau med den øvrige befolkning. Indsatsen skal bidrage til at den enkelte borger får en passende behandling og forebyggelse for både de psykiatriske og de somatiske lidelser, så borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Når kommunerne og regionen tilrettelægger indsatsen tages der udgangspunkt i den stratificeringsmodel, der er aftalt. Her stratificeres (lagdeles) efter to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet, forstået som en sammenvæjning af komorbiditet (det at man har flere sygdomme på samme tid) og den enkeltes lidelses stadium og egenomsorgsevne bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed. Denne stratificering danner grundlag for indsatsen.

Samarbejdet skal sikre en vedholdende, opsøgende og støttende indsats. Der skal tages udgangspunkt i den nyeste viden om gode samarbejdsmodeller, forløbskoordination, opfølgning på indsatser og videndeling.

Konkrete initiativer og indsatser er nærmere beskrevet i Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme i Region Syddanmark (bilag X).

## **6.3 Dobbeldiagnosticerede (psykiske lidelser og misbrug)**

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er ikke en homogen gruppe, og det kan være vanskeligt præcist at angive antallet. Mange mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug har udover misbrugs og psykiske problemer også sociale problemer af forskellig karakter. Der er således tale om en bred gruppe af mennesker – fra personen med angsttilstand og alkoholmisbrug, som klarer sig selv, til personen med svær psykisk sygdom og blandingsmisbrug, der også har massive sociale problemer, fysiske helbredsproblemer og kriminalitet. Herudover kan misbruget være mere eller mindre erkendt, og nogle mennesker med misbrug vil have en underliggende ikke-erkendt psykisk lidelse.

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og

psykosociale indsats. Der er tale om en patientgruppe, der er særlig skrøbelig og hvor det ofte ikke kan forventes, at borgerne selv kan varetage koordinationen.

Nogle borgere oplever, det er vanskeligt at overskride egne og omverdens barrierer og opstarte behandling for enten alkohol-/stofmisbrug eller for psykisk lidelse. Det er derfor en fælles opgave for aftalens parter aktivt at arbejde for at nedbryde disse barrierer via information og oplysning om behandlingstilbud, og brobygning mellem de enkelte tilbud.

Aftaleparterne udarbejder i 2014 en fælles regional samarbejdsaftale i 2014 ift. ovenstående målgruppe, som skal implementeres og monitoreres i perioden 2015-2018.

## **6.4 Samarbejdet om gravide og nyfødte**

### **6.4.1 Formål**

Samarbejdet mellem kommuner, region og praksissektoren skal medvirke til at sikre et trygt og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet gennem graviditet, fødsel og barsel. Det skal ske ud fra en helhedsorienteret tilgang – og med familien i centrum.

Den formelle ramme om samarbejdet er Fødeplanen i Region Syddanmark, der indgår som bilag X i sundhedsaftalen.

### **6.4.2 Udfordringer**

De udfordringer i samarbejdet om gravide nyfødte, som først og fremmest skal håndteres i aftaleperioden, handler om:

- et endnu tættere samarbejde mellem jordemødrene og den kommunale sundhedspleje
- en styrket IT-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde
- en øget indsats i forhold til tre målgrupper: gravide med særlige behov, forældre berørt af spædbarnsdød eller sen abort og patienter med fødselsdepression.

### **6.4.3 Særlige indsatser i aftaleperioden**

For at fremme en tidlig opsporing og indsats skal der arbejdes med modeller for tættere samarbejde mellem jordemødre og den kommunale sundhedspleje, for eksempel gennem lokalefællesskab og fælles tilrettelæggelse af fødsels – og forældreforberedelse.

IT-understøttelsen af fødeplanen skal styrkes ved, at:

- implementere den elektroniske fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelsen
- udvikle struktureret elektronisk kommunikation mellem neonatal/børneafdeling og sundhedsplejen

- udvikle indholdet i den elektroniske korrespondance mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

Via Shared Care-plattformen (SCP) skal der arbejdes på udvikling af elektronisk svangre- og vandrejournal, som anvendes i kommunikationen mellem almen praksis, fødested (læger og jordemødre) samt den gravide. I forlængelse af dette udvikles en tilsvarende løsning til at understøtte kommunikationen mellem almen praksis, sundhedsplejen og den nye spædbarnsfamilie.

Der skal med inddragelse af socialfaglige kompetencer indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Herunder aftales fælles praksis omkring underretning og inddragelse af fødestedets personale i børnefaglige undersøgelser.

I løbet af 2014 oprettes ved alle fødesteder et regionalt tilbud om sorggrupper til forældre, som er berørt af spædbarnsdød eller sen abort. Der skal i den forbindelse etableres samarbejde og netværksdannelse/erfaringsudveksling med de kommunale sundhedsplejersker, som arbejder med dødsfald i børnefamilier.

Aftaleparterne har et fælles ønske om at sikre tidlig opsporing og relevant behandling til mødre med en fødselsdepression. Det nuværende samarbejde mellem Psykiatrisygehusets afdeling i Vejle-Kolding og omkringliggende kommuner om opsporing og behandling af fødselsdepressioner udbredes til resten af Region Syddanmark.

## 6.5 Børn og unge

- Afventer

## 6.6 Mennesker med kroniske lidelser

### 6.6.1. Formål

Formålet med sundhedsaftalens afsnit om personer med kronisk sygdom er at sætte fokus på det tværsektorielle samarbejde på de områder, hvor der er særlige udfordringer. Formålet er endvidere at sikre, at personer med kronisk sygdom aktivt inddrages i deres eget sygdomsforløb, således at de bedste betingelser for et selvstændigt og meningsfuldt liv udvikles.

I aftaleperioden skal der udvikles nye aftaler vedr. samarbejdet om personer med kronisk sygdom.

### 6.6.2. Kronisk sygdom

Multisygdom er en voksende udfordring for både patienter og sundhedsvæsen: Der er øget risiko for fejlmedicinering, indlæggelse og forhøjet dødelighed blandt de, som lever med to eller flere kroniske sygdomme - og der er særlige udfordringer for sundhedsvæsenet, der på tværs af sektorer og aktører skal koordinere og organisere patientforløbene.

### **6.6.3. Fælles viden om fælles patienter**

For at kunne planlægge – herunder prioritere indsatser og vurdere behovet for ressourcer og kompetencer – evaluere og opfølge indsatserne er der behov for at have en fælles viden om patienterne. Det kræver fælles data for populationen af syddanskere med kroniske sygdomme, særligt for de patienter, som er fælles for mindst to af sundhedsaftalens parter (kommune- praksis, praksis-sygehus, kommune-sygehus eller kommune- praksis-sygehus).

Fælles data fås bl.a. via registrering og dokumentation af indsatserne. Med behovet for et mere ensartet, fælles datasæt på tværs af de tre sektorer følger behovet for mere ensartet dokumentationspraksis: På flere områder findes der allerede valide og sammenlignelige data, på andre områder bør der udvikles en mere ensartet registrering.

Desuden er der behov for overblik over sygehusenes og kommunernes konkrete sundhedstilbud vedr. kronisk sygdom, og at information om tilbuddene er tilgængelig for både sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende. Sygehuse og kommuner har ansvaret for at udarbejde og opdatere information om sundhedstilbud målrettet personer med kronisk sygdom. Information skal være tilgængelig på sundhed.dk

### **6.6.4 Nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom**

Region Syddanmark og de syddanske kommuner igangsætter i 2015 et arbejde, der har til formål at udarbejde nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom.

Det indebærer bl.a. at den tværsektorielle strategi om kronisk sygdom fra 2008 og de nuværende patientforløbsprogrammer, erstattes af nye konkrete samarbejdsaftaler, som både inddrager:

- sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer,
- de nationale kliniske retningslinjer vedr. kronisk sygdom,
- best practice, herunder at øge anvendeligheden ved at gøre forløb så konkrete og kortfattede som muligt,
- øget fokus på patient- og pårørendeinddragelse,
- sikre en tidligere inddragelse af det kommunale perspektiv på rehabilitering og generisk tilgang til dette,
- øget opmærksomhed omkring ændrede vilkår ved multisygdom og udvikling af et fælles datasæt for populationen af personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark og en fælles, ensartet registreringspraksis.

## 6.7 Børn/unge og voksne med senhjerneskade

Tilpasnings- og implementeringsaftalen vedr. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark beskriver de generelle principper for opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse og har til formål at understøtte høj kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og god kommunikation og koordination i tværgående forløb på hjerneskadeområdet. Det er målet, at kvaliteten løftes inden for de givne økonomiske rammer gennem mere ensartede og strømlinede forløb og bedre/mindre personafhængig koordinering. Borgeren/patienten er i centrum og pårørende involveres ud fra deres individuelle behov for vejledning og pårørende kursus.

Tilpasnings- og implementeringsaftalen er vigtig i forhold til at efterleve anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for personer med erhvervet hjerneskade og er vedlagt som bilag X til sundhedsaftalen.

It-understøttelsen af samarbejdet er en integreret del af Tilpasnings- og implementeringsaftalen. Udviklingsarbejde med it-understøttelse af samarbejdet har særlig fokus på rehabilitering. Som udgangspunkt anvendes principperne fra SAMBO. I sundhedsaftaleperioden arbejdes der på, at udrulle Shared Care Platformen med særligt fokus på rehabilitering som kommunikations- og samarbejdsplatform for personalet i almen praksis, kommuner og på sygehusene samt for patienten/borgeren selv og deres pårørende.

## 6.8 Kræftrehabilitering og palliation

Med baggrund i Kræftplan III og det nationale forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er der i Syddanmark udarbejdet en fælles implementeringsplan for forløbsprogrammet. Planen er vedlagt som bilag X til sundhedsaftalen.

Målet med planen er, at den enkelte borger/patient og dennes pårørende oplever sammenhæng og kvalitet i sundhedsydelser og tilbud. Herudover skal planen sikre sammenhæng med den indsats, der i øvrigt foregår på kræftområdet, herunder kræftpakkerne og den regionale samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende patienter.

I løbet af sundhedsaftaleperioden implementeres forløbsprogrammet i kommuner, almen praksis og på regionens sygehuse.

Borgeren/patienten er den centrale beslutningstager i forløbet, i det omfang borgeren/patienten har ressourcer hertil. Der bør i borgerens/patientens forløb altid være fokus på den enkeltes behov, ønsker, ressourcer, helbredstilstand, egenomsorgsevne og motivation.

En Behovsvurdering sker i dialog og samarbejde med patienten og evt. pårørende med henblik på systematisk identifikation af mulige rehabiliterings- og palliationsbehov. På baggrund af Behovsvurderingen og den Uddybende Udredning udarbejdes i samarbejde med borgeren og evt. pårørende en Fælles Plan.

Samarbejdet om kræftforløb for børn og unge er særskilt beskrevet i Implementeringsplanen for forløbsprogrammet. Desuden henvises der til sundhedsaftalens afsnit 6.5 om børn og unge.

It-understøttende teknologi i samarbejdet foregår generelt via SAMBO, men der arbejdes på i sundhedsaftaleperioden at udrulle Shared Care Platformen i almen praksis, kommuner og på sygehusene, som en ad on til SAMBO. Et væsentligt element ved Shared care Platformen er desuden, at borgeren/patienten selv tilgår oplysningerne heri.

## **6.9 Andre målgrupper under den nuværende sundhedsaftale**

Der er endvidere andre, målgruppespecifikke aftaler, som er indgået i perioden med den forrige sundhedsaftale 2011-2014<sup>7</sup>. Disse målgruppespecifikke aftaler forlænges med indeværende sundhedsaftale 2015 – 2018.

Dog vil der i løbet af 2015 blive iværksat en gennemgang af de forskellige aftaler med henblik på enten at opdatere disse i forhold til den nugældende sundhedsaftale, revidere disse mere grundlæggende i relation til ønsker og behov opstået siden aftalernes indgåelse eller konstatere, at en specifik aftale ikke længere er særskilt relevant.

---

<sup>7</sup> Aftalerne vedrører retspsykiatriske patienter, udviklingshæmmede med en psykiatrisk lidelse (oligofreni), traumatiserede flygtninge, borgere med behov for p-dialyse, borgere med behov for ledsagelse og praktisk hjælp, borgere med behov for overvågning pga. respiratorisk udstyr og alvorligt syge og døende.

## 7. Implementering

- Indsatsområder prioriteres, udvikles og implementeres jf. målsætninger og fastsatte deadlines
- I dette afsnit beskrives også den administrative organisering, som skal understøtte implementeringen.
- Implementeringsplanen indgår som del af den politiske aftale.
- Der iværksættes i aftaleperioden et arbejde med udvikling af tværsektorielt ledelsesinformationssystem

## 8. Bilag

- Læsevejledning
- Samarbejdsaftaler, patientforløbsprogrammer, snitfladekatalog, casekatalog
- Implementeringsplan
- Udmøntningsaftale med almen praksis