

Sundhedsplan for Region Syddanmark

UDKAST

regionsyddanmark.dk

Du tager ansvar
for **din sundhed**

Sammen tager vi
hånd om **din sygdom**

Sundhedsvision



Region Syddanmark

1	INDLEDNING	3
2	SUNDHEDSTILSTANDEN I REGION SYDDANMARK	6
2.1	Udvikling i befolkningstallet og aldersgrupper	6
2.2	Borgernes helbredstilstand	7
2.3	Borgernes sygelighed – kroniske sygdomme	8
2.3.1	Borgere med psykiske lidelser og somatiske sygdomme	11
2.4	Borgernes sundhedsadfærd	11
2.5	Kontakt til egen læge	13
2.6	Indsats for at bevare eller forbedre helbredet	14
3	VISION FOR SUNDHEDSVÆSENET I REGION SYDDANMARK	15
3.1	Baggrund for sundhedsvisionen	15
3.2	Den nye sundhedsvision	16
4	STRUKTUR OG RAMMER FOR SUNDHEDSVÆSENET	18
4.1	Strukturplaner: Akutplan og gennemførelsesplan på det somatiske område	18
4.1.1	Skadestuer og skadeklinikker – og ventetider	20
4.2	Strukturplan: Fremtidens psykiatri	22
4.3	Generelt om sygehusplanlægning – og byggeplaner	23
4.4	Fagligt indhold på sygehusene	26
4.4.1	Hvor tilbydes behandlingerne - specialeplanen	26
4.4.2	Hvilke specialer varetages på de forskellige sygehuse	27
4.4.3	Samarbejdsaftaler med andre regioner, der understøtter OUH som universitetshospital	29
4.5	Beredskab og præhospital indsats	29
4.5.1	Beredskabsplan	30
4.5.2	Præhospital enheder	30
4.5.3	Frivillige akuthjælperordninger m.v.	32
4.6	Perspektiver for strukturer og rammer de kommende år	33
5	SAMMENHÆNG I PATIENTFORLØB	35
5.1	Indre sammenhæng – politikker og strategier	35
5.1.1	Fælles Akut Modtagelser (FAM)	36
5.1.2	Arbejdet med organisering på sygehusene	37
5.1.3	Kræft-, hjerte- og psykiatripakker	38
5.1.4	Perspektiver for arbejdet med indre sammenhæng de kommende år	39

5.2	Ydre sammenhæng - snitflader mellem sektorer	41
5.2.1	Samarbejde med de 22 kommuner	41
5.2.2	Praksisudviklingsplaner	48
5.2.3	Sundhedshuse	50
5.2.4	Perspektiver for arbejdet med ydre sammenhæng de kommende år	51
6	PATIENTINDDRAGELSE OG LIGHED I SUNDHED	54
6.1	Fra passiv til aktiv patientinddragelse	54
6.1.1	Eksempler på hvordan Region Syddanmark arbejder med patientinddragelse	55
6.2	Balance mellem standardisering, ressourcer og patienternes behov	57
6.3	Lighed i sundhed	57
6.4	Perspektiver for arbejdet med patientinddragelse og lighed i sundhed de kommende år	58
7	KVALITETSUDVIKLING, SUNDHEDSINNOVATION OG FORSKNING	59
7.1	Kvalitetsudvikling	59
7.1.1	Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark 2011-2014	59
7.1.2	Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering	61
7.1.3	Monitorering af kvalitet	61
7.1.4	Tværasektoriel kvalitetsstrategi	61
7.1.5	Kvalitetsudvikling i praksissektoren	62
7.2	Sundhedsinnovation og telemedicin	63
7.2.1	Syddansk Sundhedsinnovation	63
7.2.2	Digitaliseret sundhedssamarbejde og telemedicin	65
7.3	Udarbejdelse af strategi for sundheds-it	66
7.4	Forskning	67
7.4.1	Somatik: Politik, strategi og overordnede mål for sundhedsforskningen	67
7.4.2	Strategi for psykiatrisk forskning	68
7.5	Perspektiver for arbejdet med kvalitetsudvikling, sundhedsinnovation og forskning de kommende år	70
7.6	Sundhedsvæsenet som uddannelsesinstitution	73
8	MÅL OG MÅLOPFYLDELSE DE KOMMENDE ÅR	74

Sundhedsplan

Forord v. Carl Holst (følger senere)

1 Indledning

Den sundhedsplan du er i gang med at læse, er blevet til i regionsrådets anden valgperiode.

Den afløser den sundhedsplan for Region Syddanmarks sundhedsvæsen, der blev udarbejdet i 2009, i regionsrådets første valgperiode. Den første sundhedsplan havde et andet fokus end den nuværende. Regionen var helt ny – etableret som en sammenlægning af godt og vel 3,5 amter og deres respektive sundhedsvæsen og sygehusstrukturer.

Der var forskelle i både strukturer, tilgang til forskellige problemstillinger og i forhold til hvilke udfordringer, man stod overfor. I regionernes første leveår var der særligt fokus på at få skabt nye fælles rammer, som kunne bringe sundhedsvæsenet ind i den nye regionale virkelighed.

Det regionale sundhedsvæsen fik nogle markante anderledes forudsætninger, end de amtslige, på grund af nye faglige krav om specialisering og Sundhedsstyrelsens anbefalinger om centralisering af akutbetjeningen. Dette betød, at de akutte modtagelser blev samlet på færre akutsygehuse, og at alle akutte funktioner på hver af disse sygehuse blev samlet ét sted i en fælles akutmodtagelse (FAM) - herudover skadestuer og skadeklinikker på udvalgte sygehuse.

I den forbindelse skulle der vedtages og implementeres gennemgribende planer for både placering af sygehuse og specialer. Det betød, at opgaver måtte flytte matrikel, og der skulle etableres større fysiske enheder. I samme takt blev - og vil der fortsat blive - kvadratmeter til overs andre steder, hvor regionen må lukke for sygehusaktivitet.

De nye krav til specialisering og centralisering af akutbetjeningen var den største politiske opgave i regionernes første valgperiode, og det satte sit præg på den første sundhedsplan. Samtidig var der i perioden stor fokus på økonomien i sundhedsvæsenet og på at optimere aktiviteten på de enkelte sygehuse. Det var alt sammen forhold, der bidrog til at støbe fundamentet for et egentligt regionalt sundhedsvæsen, med en afbalanceret udvikling imellem alle dele af det syddanske sundhedsvæsen.

I regionsrådets anden valgperiode er fokus på sundhedsområdet skiftet, efterhånden som strukturer, økonomi og produktivitsudvikling blev lagt i de rette langsigtede spor. I stedet har fokus rettet sig mod nye aspekter af spørgsmålet om kvalitet. Regionen har hele tiden

haft fokus på den del af kvalitetsarbejdet, der retter sig mod det, der kan kaldes de "kliniske kerneydelser". Den behandling regionen tilbyder patienterne, skal være af klinisk høj kvalitet, den skal være rettidig, og der skal være dokumenterede effekter af behandlingstilbuddet.

Men der er også andre aspekter af kvalitet i behandlingen, der er af stor betydning for den enkelte patient. For eksempel tyder patienttilfredshedsundersøgelser på, at sammenhæng i patientforløb fra start til slut er af afgørende betydning for patientens oplevelse af den behandling, der gives og modtages.

I takt med et stigende fokus på pakke- og patientforløb er der ingen tvivl om, at sammenhæng i patientforløb vil blive et stadig mere betydende tema overalt i sundhedsvæsenet. Der skal skabes balance mellem på den ene side udviklingen i sundhedsvæsenet, der går i retning af stadig mere specialisering, og på den anden side ønsket om sammenhæng på tværs af fagområder og sektorer.

Derfor er sammenhæng også et centralt element i regionsrådets vision for sundhedsvæsenet, og derfor er sammenhæng valgt som et fokusområde for Region Syddanmarks anden sundhedsplan. Ambitionen er blandt andet at få afdækket nye og væsentlige aspekter af kvalitet i sundhedsvæsenet, som har betydning for patienterne, og for den behandling vi tilbyder.

Der er mange søjler i sundhedsvæsenet – praksissektoren, sygehuse (somatiske og psykiatriske), det præhospitale beredskab og den store kommunale indsats for genoptræning og forebyggelse - som forskellige aktører har ansvaret for. Organiseringen fordrer nødvendigvis et tæt samarbejde mellem disse søjler. Det er de enkelte søjler, der til sammen skal bære et fælles sundhedsvæsen, og sammenhæng i indsatsen bidrager til at skabe helhed, effektiv ressourceudnyttelse og kvalitet i ydelserne.

Patientens møde med sundhedsvæsenet er et møde mellem mennesker. Region Syddanmarks sundhedsvæsen har ca. 25.000 ansatte, som hver dag møder patienten og borgeren. Det er derfor vigtigt, at medarbejderne tager regionens vision for sundhedsområdet og sundhedsplanen til sig, og at de ser sig selv som en del af et sammenhængende sundhedsvæsen. Region Syddanmarks medarbejdere er den vigtigste ressource og en nødvendig forudsætning for, at visionen kan blive til virkelighed.

Region Syddanmarks ledere har her en fornem og væsentlig opgave. De skal formidle planer og politiske hensigter, så medarbejderne ser sig selv i en meningsfuld sammenhæng og gør visionen til deres handlegrundlag.

Sundhedsvæsenet bliver gradvist mere specialiseret. Mødet med den enkelte patient bliver kortere og mere intenst. Det er vigtigt, at medarbejderne hele tiden udvikler sig, så de kan møde både de aktuelle og de fremtidige behov for diagnosticering, behandling og pleje. Det betyder, at medarbejdernes kompetencer løbende er i spil og må trænes og udvikles. Medarbejderne skal, udover at være dygtige til hver deres fag, i stigende omfang kunne kommunikere og arbejde sammen på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer.

Sundhedsvæsenets kerneydelse - behandling og pleje af patienterne - er omdrejningspunktet. Medarbejdernes indsats skal først og fremmest gøre en forskel for patienterne – heri hviler hele organisationens eksistensberettigelse. For at kunne levere kerneydelsen både i dag, i morgen og fremefter er det vigtigt, at fastholde og udvikle arbejdsmiljøet på Region Syddanmarks arbejdspladser. Regionens arbejdspladser skal være så attraktive, at det er muligt at rekruttere og fastholde de rette medarbejdere. Region Syddanmarks arbejdspladser skal også være sikre og sunde uden risiko for nedslidning af de ansatte. Endelig skal der være høj arbejdsglæde og trivsel, da det positivt påvirker og befordrer stadig udvikling af det sundhedsvæsen, som patienten møder.

Høringsversion

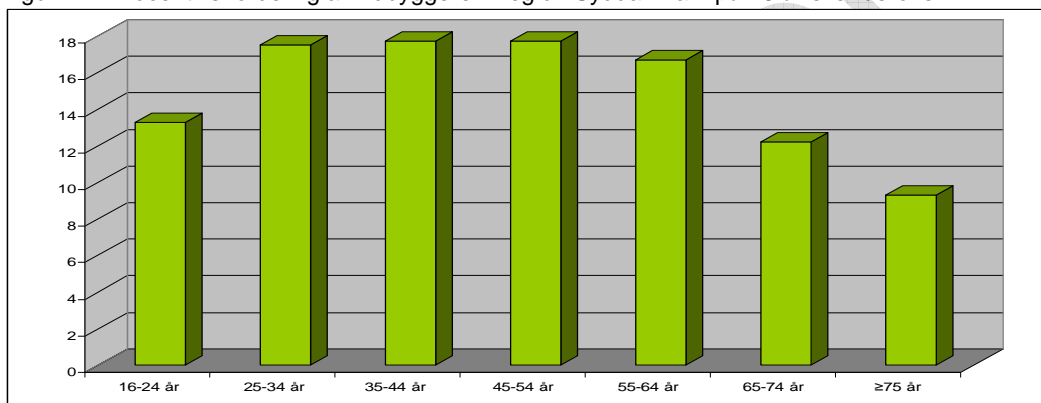
2 Sundhedstilstanden i Region Syddanmark

Borgernes sundheds- og sygelighedstilstand indgår som et vigtigt led i udformningen af strategier og planer på sundhedsområdet, i planlægningen af sundhedsydelser og indsatser samt i forhold til ressourceprioriteringer. Dette kapitel giver et indblik i borgernes sygdomsmønstre og sundhedsadfærd. Samtidig bidrager det til at pege i retning af, hvilke udfordringer regionen står overfor i forhold til borgernes behov for og efterspørgsel af sundhedsydelser og forebyggelsesindsatser.

2.1 Udvikling i befolkningstallet og aldersgrupper

Der bor lidt over 1,2 mio. indbyggere (Danmarks Statistik, 2012) i Region Syddanmark, hvoraf knap 1 mio. er 16 år eller derover. Figur 2.1 nedenfor viser den procentvise fordeling på aldersgrupper.

Figur 2.1. Procentvis fordeling af indbyggere i Region Syddanmark på 16 år eller derover



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

Der er 22 kommuner i regionen. Odense og Esbjerg kommuner er de to største med henholdsvis ca. 154.000 og 93.000 indbyggere (≥ 16 år), og Fanø og Ærø kommuner er de to mindste med henholdsvis ca. 2.700 og 5.700 indbyggere (≥ 16 år).

Tabel 2.1 viser en fremskrivning af befolkningsantallet i Region Syddanmark frem til 2040. Her ses fra 2012 til 2040 en stigning i befolkningsantallet på ca. 38.000 borgere.

Tabel 2.1. Befolkningsfremskrivning - Region Syddanmark - antal borgere

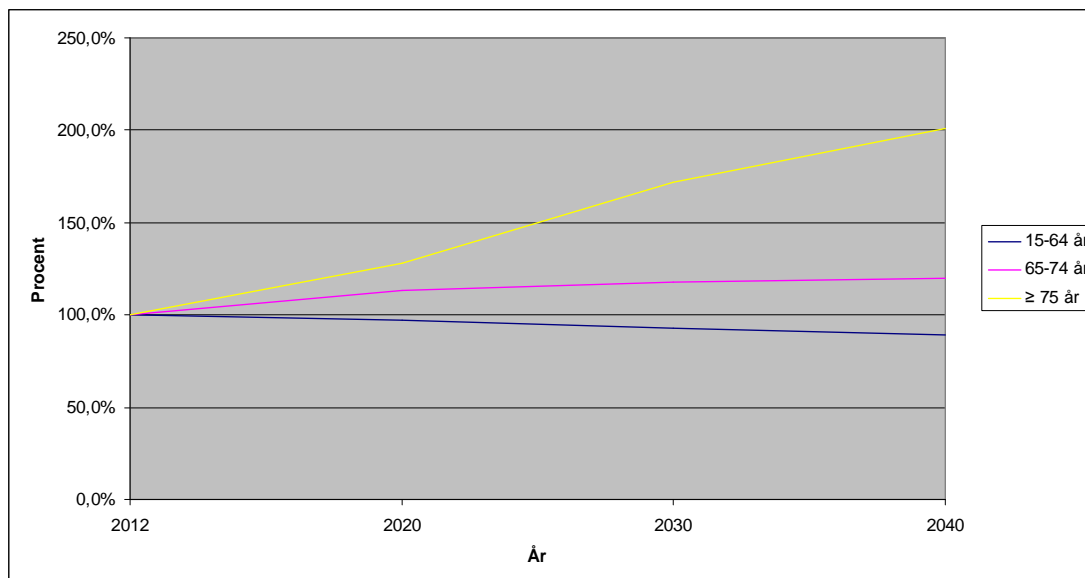
År	2012	2020	2030	2040
Antal borgere	1.201.342	1.205.731	1.224.534	1.239.463

Kilde: Danmarks Statistik 2012

Figur 2.2 nedenfor viser med udgangspunkt i 2012, at der forventes et procentvis fald i antallet af borgere i den erhvervsaktive gruppe (15-64 år) de næste 30 år. Gruppen fra 65 til 74 år forventes at stige en smule, mens der forventes en dobbelt så stor gruppe af borgere på 75 år og derover i 2040 end i 2012. Det tyder således på, at Region

Syddanmark i fremtiden kan forvente flere ældre borgere i denne aldersgruppe, som vil efterspørge flere sundhedsydelse.

Figur 2.2. Den procentvise udvikling i aldersgrupper på baggrund af befolkningsfremskrivning i Region Syddanmark fra 2012-2040



Note: Graferne er baseret på tal fra Danmarks Statistik 2012

2.2 Borgernes helbredstilstand

Selvurderet helbred er en persons samlede vurdering af en række helbredsforhold og et overordnet mål for befolkningens helbredstilstand. Undersøgelser har vist, at jo dårligere en person vurderer sit helbred, jo større er risikoen for sygelighed og tidlig død samt for et større forbrug af sundhedsydelser og medicin. Der er således god grund til at arbejde på at forbedre borgernes selvurderede helbred ved forebyggelses- og sundhedsfremmende tiltag.

Tabel 2.2. Selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i Region Syddanmark

	Mænd	Kvinder	Alle
Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred	85,7%	81,1%	83,4%

Kilde: Hvordan har du det? Region Syddanmark 2010

Tabel 2.2 viser, at mere end fire ud af fem borgere i Region Syddanmark (83,4%) vurderer, at de har et fremragende, vældig godt eller godt helbred, hvilket er lidt under landsforekomsten på 85%. En mindre andel blandt kvinderne end blandt mændene i Region Syddanmark vurderer deres helbred positivt.

Herudover har de erhvervsaktive den højeste forekomst af et positivt selvvurderet helbred (91,3%), sammenlignet med arbejdsløse (70,1%) og førtidspensionister (42,8%).

Borgere med ikke-vestlig baggrund har den laveste forekomst (61,2%) af et positivt selv vurderet helbred i forhold til borgere med dansk (84,3%) og anden vestlig (81,8%) baggrund. Desuden angiver en større andel borgere med ikke-vestlig baggrund, at de har et dårligt fysisk og psykisk helbred i forhold til borgere med dansk og anden vestlig baggrund.

2.3 Borgernes sygelighed – kroniske sygdomme

I sundhedsvæsenet er der i stigende grad kommet fokus på kroniske sygdomme (langvarige sygdomme), så som hjertekarsygdomme, kræftsygdomme, psykiske lidelser, kroniske lungesygdomme (især Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL), diabetes samt muskel- og skeletsygdomme.

På grund af bl.a. bedre behandlingsmuligheder, længere levetid hos befolkningen og u hensigtsmæssig livsstil - som fremskynder udviklingen af en række sygdomme - forventes det, at de fleste mennesker vil komme til at leve med en eller flere kroniske sygdomme.

Kroniske sygdomme lægger beslag på en væsentlig del af de regionale og kommunale ressourcer i sundhedsvæsenet. I forhold til at planlægge aktiviteter i form af behandling og forebyggelsesindsatser, er det vigtigt at kende til forekomsten af kroniske sygdomme samt hvilke grupper, der er i størst risiko for at udvikle disse sygdomme.

Figur 2.3. Andelen af borgere med kroniske sygdomme fordelt på regioner



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

I Region Syddanmark har 34,5% af borgerne angivet, at de har en eller flere kroniske sygdomme. Andelen blandt kvinder (35,4%) er lidt større end blandt mænd (32,7%), og

forekomsten af borgere med kroniske sygdomme øges med stigende alder, mens den falder med stigende uddannelsesniveau.

I forhold til landsforekomsten (33,4%) ligger Region Syddanmark sammen med Region Midtjylland og Sjælland lidt over, mens Region Nordjylland og Region Hovedstaden ligger under landsgennemsnittet.

Tabel 2.3 nedenfor giver et billede af, hvor meget kronisk sygdom fylder blandt befolkningen i Region Syddanmark.

Tabel 2.3. Procentandel af den voksne befolkning i Region Syddanmark med kronisk sygdom

Hjertekarsygdomme	16,0%
Psykiske sygdomme	11,4%
Diabetes	7,4%
Kroniske lungesygdomme	6,8%
Knogleskørhed og leddegigt	3,4%

Kilde: Statens Serum Institut, Sundhedsdata og IT, 2012

Note: Data er opgjort for borgere over 18 år i 2010

Her ses det, at hjertekarsygdomme og psykiske lidelser er blandt de kroniske sygdomme, der procentmæssigt fylder mest, efterfulgt af diabetes, kroniske lungesygdomme samt knogleskørhed og leddegigt.

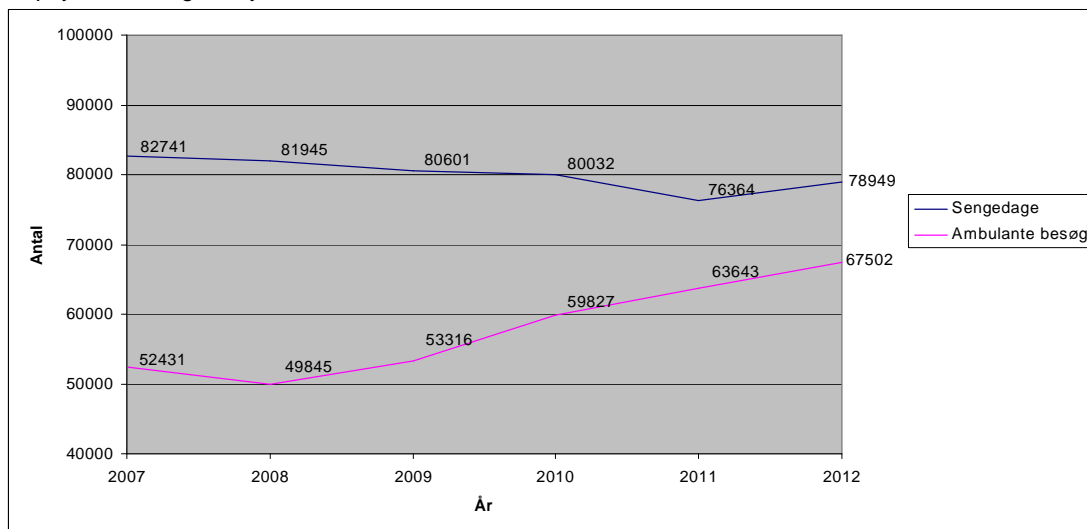
Skizofreni

Skizofreni er her valgt som et eksempel på en kronisk sygdom, der ydelsesmæssigt fylder meget i psykiatrien - og skizofreni er også den psykiatriske diagnose som aktivitets- og ressourcemæssigt vejer tungest, gældende for både sengedage og ambulante besøg.

Figur 2.4 nedenfor viser, hvordan antallet af sengedage og ambulante besøg relateret til skizofreni, skizotypiske lidelser og andre former for psykoser, har udviklet sig i Region Syddanmark fra 2007-2012. Personer med skizofreni har oftere brug for længerevarende behandling, og de har en høj genindlæggelsesrate, som kan være medvirkende til det høje antal sengedage.

Generelt ses en tendens til et lille fald i antallet af sengedage (dog med undtagelse af 2012), mens den ambulante aktivitet er steget siden 2008. Dette kan anses som udtryk for, at psykiatrien gennem de seneste år har bevæget sig imod en større grad af ambulante behandling.

Figur 2.4. Antal sengedage og ambulante besøg relateret til diagnoserne skizofreni, skizotypiske lidelser og andre former for psykoser i Region Syddanmark



Kilde: LIS (Regionens database) april 2013

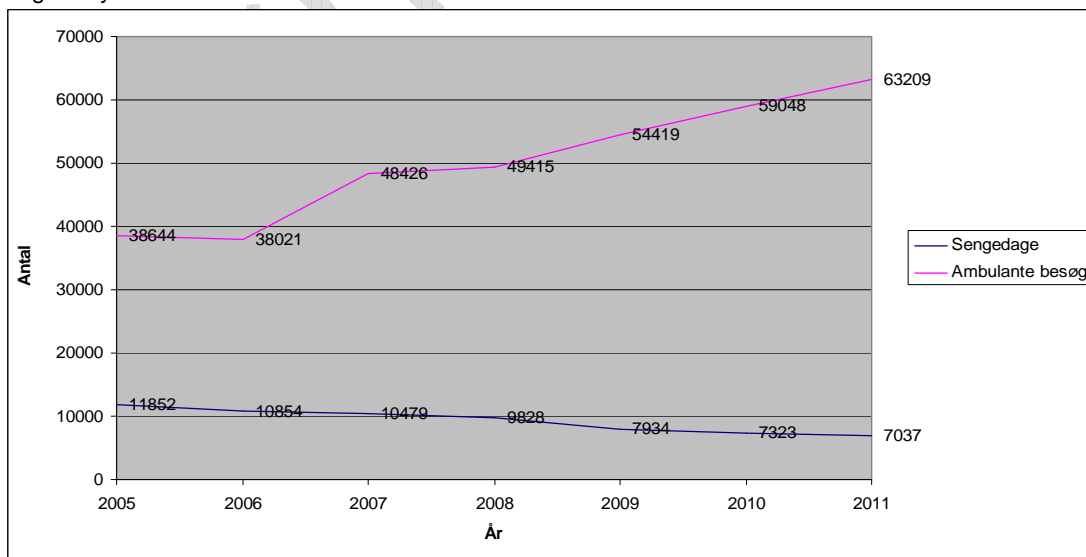
Note: Tallene er trukket for aktionsdiagnosegruppen F20-29.

Diabetes

Diabetes (type 1 og type 2) er her udvalgt som et eksempel på en kronisk sygdom, der aktivt og mæssigt er kommet til at fylde mere og mere i somatikken. Antallet af personer med diabetes i Danmark er steget kraftigt de seneste 10 år (kilde: Sundhedsstyrelsen, 2011).

Figur 2.5 nedenfor illustrerer aktivitetsniveauet på Region Syddanmarks somatiske sygehuse i form af ambulante besøg og sengedage for diabetespatienter. I perioden 2005-2011 ses en markant stigning i ambulante besøg, mens færre patienter bliver indlagt i forbindelse med undersøgelse/behandling af diabetes.

Figur 2.5. Antal ambulante besøg og sengedage relateret til diabetes i perioden 2005-2011 i Region Syddanmark



Kilde: Statens Serum Institut - Sundhedsdata og IT, 2013

2.3.1 Borgere med psykiske lidelser og somatiske sygdomme

En nordisk undersøgelse har vist, at den forventede levetid for mænd og kvinder med en sindslidelse er henholdsvis ca. 20 år og 15 år kortere end for den resterende del af befolkningen. Denne overdødelighed skyldes primært somatiske sygdomme, selvmord, ulykker mv.¹

I forhold til de somatiske sygdomme er det især hjertekarsygdomme, der bidrager til overdødeligheden, mens sygdomme som diabetes, luftvejssygdomme og infektioner i mindre grad bidrager til overdødeligheden.

I Region Syddanmarks Sundhedsprofilundersøgelse fra 2012 svarede godt 80% af borgerne med en sindslidelse, at de har en eller flere somatiske (fysiske) sygdomme, mens tallet er omkring 60% for den øvrige befolkning.

Til trods for dette er gruppen af borgere med både en sindslidelse og somatiske sygdomme underrepræsenteret, når det gælder behandling. For eksempel opereres kun halvt så mange borgere med en sindslidelse for deres hjertekarsygdomme sammenlignet med borgere uden en sindslidelse².

Derfor er der god grund til at fokusere på denne gruppe i forhold til at forbedre deres sundhed og på længere sigt øge deres levealder. I 2012 blev der i Region Syddanmark vedtaget en strategi og handleplan (jf. afsnit 5.2.1.4), som fremadrettet skal bidrage til forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse.

2.4 Borgernes sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd kan overordnet defineres som de vaner og aktiviteter, der påvirker sundheden. Forskellige former for sundhedsadfærd kan indvirke på sundheden både positivt og negativt. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd mindsker risikoen for udvikling af sygdomme, og er også et vigtigt led i behandlingen af kroniske sygdomme, idet det kan medvirke til at øge effekten af behandlingen og mindske risikoen for komplikationer og nye sygdomme. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd er således et vigtigt led i såvel forebyggelsen som i behandlingen af kroniske sygdomme.

Tabel 2.4 nedenfor giver et billede af borgernes sundhedsadfærd i forhold til fire udvalgte risikofaktorer, som kan sammenlignes med nationale forekomster yderst til højre. På de tre første risikofaktorer ligger Region Syddanmarks borgere lidt over forekomsterne på landsplan, mens regionens borgere ligger lidt under med hensyn til at overskride højrisikogrænsen ved indtagelse af alkohol (for mænd er højrisikogrænsen på 21 genstande om ugen og 14 genstande om ugen for kvinder).

¹ Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen: Outcome of mental health policy in Nordic countries: Life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *British Journal of Psychiatry* 199 (2011), 453-458, Maj 2011.

² Laursen, Munk-Olsen, Agerbo, Gasse & Mortensen: Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Jul; 66(7), 713-20.

Tabel 2.4. Forekomsten af udvalgte faktorer for sundhedsadfærd blandt mænd og kvinder i Region Syddanmark

	Mænd i Region Syddanmark	Kvinder i Region Syddanmark	Alle i Region Syddanmark	Landsplan
Ryger dagligt	23,9%	20,3%	22,1%	20,9%
Stillesiddende fritidsaktivitet	16,6%	16,3%	16,4%	15,9%
Usundt kostmønster	19,9%	9,2%	14,5%	13,3%
Overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse	11,1%	5,9%	8,5%	10,6%

Hvordan har du det? Region Syddanmark 2010

Rygning, usundt kostmønster, alkohol og stillesiddende fritidsaktivitet har hver for sig betydning for sundheden og en ophobning af disse risikofaktorer øger betydeligt risikoen for en række alvorlige sygdomme. Jo højere uddannelsesniveau borgerne har, desto færre antal risikofaktorer ses der.

I Region Syddanmark falder andelen af dagligrygere, andelen af borgere med et usundt kostmønster og stillesiddende aktivitet med stigende uddannelsesniveau. Overordnet set er der ingen tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og overskridelse af højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse.

I forhold til at være fysisk aktiv tilkendegiver 27% af regionens borgere, at de er moderat eller hårdt fysisk aktive i deres fritid mindst fire timer om ugen. Forekomsten bliver større med stigende uddannelsesniveau.

Der er betydelige kønsforskelle i forhold til fysisk aktivitet, kostmønster og alkoholindtagelse. Flere mænd (33%) end kvinder (21%) angiver, at de er moderat til hårdt fysisk aktive, mens færre kvinder end mænd angiver, at de har et usundt kostmønster og overskrider højrisikogrænsen for indtagelse af alkohol.

Blandt de borgere i regionen, som har en mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd, er der en betydelig andel, som har et ønske om at ændre adfærd. Blandt dagligrygere tilkendegiver 73,7%, at de gerne vil holde op med at ryge. Blandt borgere med stillesiddende fritidsaktivitet vil 65,1% gerne være mere fysisk aktive, og 52,4% af de borgere, som har angivet, at de har et usundt kostmønster, vil gerne spise mere sundt. 26,5% blandt de borgere, som overskrider højrisikogrænsen ved alkoholindtagelse, vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug.

Borgere med en sindslidelse udviser i højere grad en sundhedsskadelig adfærd. I forhold til den øvrige del af befolkningen er der en større andel blandt borgere med en sindslidelse, som ryger, har mere stillesiddende aktivitet, er svært overvægtige og som overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtag.

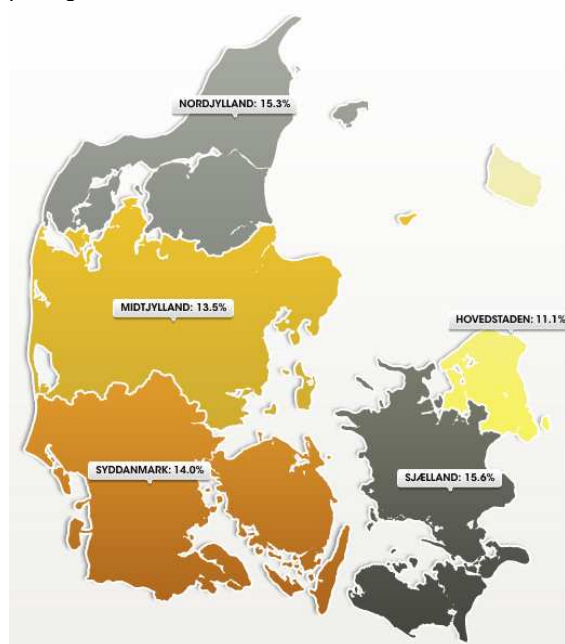
Overvægt

Svær overvægt udgør et alvorligt folkesundhedsproblem. Risikoen for udvikling af komplikationer, eksempelvis type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, forhøjet blodtryk og

belastningslidelser i bevægeapparatet øges ved svær overvægt³. Desuden menes den store stigning i antallet af svært overvægtige at være hovedårsagen til den kraftige stigning i type 2-diabetes. En væsentlig medvirkende årsag til stigningen af svært overvægtige er ændringer i befolkningens vaner med hensyn til kostindtag og fysisk aktivitet. Det er dog sandsynligt, at der også er en arvelig komponent, der disponerer for udvikling af overvægt.

I Region Syddanmark er 14% af borgerne svært overvægtige (Body Mass index (BMI) \geq 30). Forekomsten er lavest blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år, mens den højeste forekomst ses hos begge køn i aldersgruppen 55-64 år. Andelen af svært overvægtige falder med stigende uddannelsesnivea, og der er en lavere forekomst blandt beskæftigede (14,3%) end blandt ledige (22,1%) og førtidspensionister (28,6%).

Figur 2.6. Andelen af svært overvægtige borgere fordelt på regioner



Kilde: Sundhedsprofil2010.dk

På landsplan er 13,4% af borgerne svært overvægtige. Af figur 2.6 ovenfor ses det, at Region Syddanmark sammen med Region Nordjylland og Region Sjælland ligger over landsforekomsten, Region Hovedstaden ligger under, mens Region Midtjylland ligger på nogenlunde samme niveau.

2.5 Kontakt til egen læge

Udviklingen i sygdomsmønstre blandt befolkningen, herunder især flere kroniske sygdomme, har medført øget fokus på den forebyggende indsats. Her kan de praktiserende læger spille en vigtig rolle, idet de har gode muligheder for at snakke med og rådgive patienterne om deres sundhedsadfærd.

³ Kilde: 'Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010, Region Syddanmark 2010.

I Region Syddanmark har 78,7% af borgerne været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder (landsforekomsten er på 77,8%), heraf har en større andel blandt kvinderne (84,3%) end blandt mændene (73%) været ved egen læge. En større andel blandt regionens borgere med én eller flere kroniske sygdomme har været ved egen læge sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom.

En del borgere oplyser, at de har modtaget råd fra egen læge om ændringer af sundhedsadfærd. Blandt de svært overvægtige har 48,6% mænd og 41,1% kvinder modtaget råd om væggtab. Blandt dagligrygere har 40% af mændene og 35,5% af kvinderne modtaget råd om rygestop.

2.6 Indsats for at bevare eller forbedre helbredet

Troen på, at egen indsats har en betydning for sundheden er en vigtig forudsætning for, at sundhedsformidlere og andre sundhedsfaglige grupper kan motivere befolkningen til selv at ændre sundhedsadfærd.

I Region Syddanmark tror to ud af tre borgere (66,8%), at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare helbredet, og 86,3% af borgerne angiver, at de gør en indsats for at bevare eller forbedre helbredet, hvilket ligger tæt på den nationale forekomst på 87%.

Tabel 2.5. Procentandel der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet blandt mænd og kvinder i Region Syddanmark

	Mænd	Kvinder	Alle
Holder kontakt til familie og venner	64,2%	76,7%	70,5%
Spiser sund kost	57,4%	72,1%	64,8%
Dyrker motion/er fysisk aktiv	62,6%	63,5%	63,0%
Ryger ikke	59,8%	64,3%	62,1%
Sørger for at få tilstrækkeligt med søvn	51,0%	59,9%	55,5%
Sørger for at leve mindre stresset	37,4%	37,7%	37,6%
Begrænser alkoholforbruget	36,9%	34,7%	35,8%
Spiser mindre	28,6%	37,6%	33,1%
Drikker ikke alkohol	12,1%	22,6%	17,4%
Gør noget andet	9,4%	13,0%	11,2%
Prøver at holde op med at ryge, ryge mindre	11,3%	10,6%	11,0%
Antal svarepersoner	16.632	19.090	35.722

Hvordan har du det? Region Syddanmark 2010

Tabel 2.5 viser, at de hyppigst forekommende aktiviteter for at bevare eller forbedre helbredet er at holde kontakt til familie og venner, sund kost, dyrke motion/være fysisk aktiv, undgå at ryge og få tilstrækkeligt med søvn. Generelt gør kvinder mere end mænd for at bevare eller forbedre helbredet.

Der er altså en betydelig andel borgere i regionen, som gør en aktiv indsats for at bevare eller forbedre helbredet. Ligeledes er der, som tidligere nævnt, en vis andel borgere blandt dem med en uhensigtsmæssig adfærd, der ønsker at ændre denne adfærd. Der er altså basis for, at Region Syddanmark sammen med borgerne kan bidrage til at forebygge og behandle sygdomme og hermed medvirke til at forbedre borgernes sundhed – et element som indgår i Region Syddanmarks vision for sundhedsvæsenet.

3 Vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark



I 2011 vedtog regionsrådet en ny sundhedsvision.

Sundhedsvisionen i Region Syddanmark skal sætte retning på regionens sundhedsindsatser. Sundhedsvæsenet er til for borgerne og skal bidrage aktivt til at forebygge og behandle sygdom og dermed forbedre borgernes sundhed. Samtidig ligger der i visionen, at borgernes sundhed og helbred er et fælles anliggende for både borgeren og sundhedsvæsenet.

3.1 Baggrund for sundhedsvisionen

Den tidligere vision fra 2007 lød:

Det er Region Syddanmarks vision at skabe og udvikle:

- Et sammenhængende og patientorienteret sundhedsvæsen
- Et tidssvarende og kvalitetsbevidst sundhedsvæsen
- At levere sundhedsydelser af høj dokumenteret kvalitet til rette tid

Denne vision var skabt med henblik på at være fundament for Region Syddanmark under etablering. Det var hensigten med processen omkring den nye sundhedsvision, at der skulle sikres bred forankring og ejerskab til visionen - både blandt politikere, ledelser, medarbejdere og borgere/patienter. Visionen er altså blevet skabt gennem medinddragelse, hvor så mange interesser som muligt er blevet inddraget.

I forbindelse med udarbejdelse af visionen blev der afviklet en sundhedskaravane rundt i regionen. Formålet med denne karavane var at indsamle input fra et bredt udsnit af regionens borgere og få inspiration til den kommende vision for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark. Som afslutning på sundhedskaravane blev der afholdt et borgertopmøde i Middelfart med deltagelse af borgere og politikere. På karavane blev politikerne ofte mødt af en stor forståelse for udfordringerne i sundhedsvæsenet og en stor villighed – fra borgernes side - til at tage mere ansvar. Det har sat aftryk i visionens hovedsætning om, at den enkelte borger skal tage ansvar for egen sundhed.

3.2 Den nye sundhedsvision

Den nye vision bygger på den tidligere visions fundament om fokus på de sundhedsmæssige ydelser for patienterne, kvalitet m.v. I den nye vision sættes der en væsentlig dagsorden omkring borgerinddragelse. Visionen er fælles for hele regionens sundhedsvæsen, både somatik og psykiatri, det præhospitale område, praksisområdet m.v.

Der er knyttet følgende seks nøgleord til visionen *'Du tager ansvar for din sundhed – Sammen tager vi hånd om din sygdom'*, som fremgår nedenfor:

Dialog

Vi møder patient og pårørende med respekt, omsorg og åbenhed. Nærhed, tryghed og ligeværdighed skabes i en dialog, hvor patient og pårørende bliver set, hørt og inddraget.

Lighed

Vi har fokus på, at al behandling tager udgangspunkt i en fri og lige adgang for alle borgere. Lighed i sundhed opnås, når der i forebyggelse og behandling tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov og forskellige ressourcer.

Sammenhæng

Vi sikrer et godt patientforløb gennem samarbejde med patient og pårørende og på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Rettidighed

Vi giver den rette hjælp til rette tid. De patienter, der har det største behov, får hjælp hurtigst.

Kvalitet

Vi giver den rette behandling, der tager afsæt i patientens sygdom, ønsker og ressourcer. Vi baserer patientbehandlingen på nyeste viden, og vi tilstræber højeste faglige standard. Patient og pårørende oplever, at vi gør det godt.

Ansvar

Vi ser det gode patientforløb som et fælles ansvar for både patient, pårørende og personale. Ansvar betyder også, at ingen svigtes. Uanset hvordan patienten har varetaget egen sundhed, så tager sundhedsvæsenet hånd om patientens sygdom.

Sundhedsvisionen og dens nøgleord afspejler de værdier, der kendetegner Region Syddanmark. Visionen understøtter medarbejderne i regionen i deres daglige arbejde og står som et pejlemærke i sundhedsvæsenets planlægning og udførelse af opgaverne og bliver styrende for, hvordan det syddanske sundhedsvæsen udvikles.

Forventningen er ikke, at visionen skal erstatte det strategiske arbejde, der allerede sker på de enkelte enheder med eksempelvis mål, handleplaner, værdier og lignende - dette arbejde skal ikke sættes i stå, men indholdsmæssigt fortsættes indenfor rammen af visionen. Visionen skal være synlig for patienter, borgere og personale og være den

overordnede politiske vision, som strategiarbejde, planlægning og opgavevaretagelse læner sig op ad og sigter mod som pejlemærke.

Fra vision til virkelighed

Med afsæt i sundhedsvisionen sætter Region Syddanmark mere konkrete mål for de kommende års arbejde, så visionen kan omsættes til virkelighed i sundhedsvæsenet. Der arbejdes allerede i dag med mange mål på driftsområderne. Med udgangspunkt i sundhedsvisionen sætter denne sundhedsplan fokus på sammenhæng (indre sammenhæng i sygehusregi såvel som ydre sammenhæng på tværs af sektorer), patientinddragelse, lighed i sundhed og kvalitet, som der i de kommende år især vil være fokus på. Fokusområderne skal ikke ses som en udelukkelse af andre områder, der arbejdes med sideløbende i regionen, men de er valgt for at sætte særlig opmærksomhed herpå.

Indenfor hvert fokusområde vil der i de kommende kapitler blive refereret til konkrete indsatser og tiltag, som regionen vil arbejde med for at udvikle og forbedre sundhedsvæsenet. Sundhedsplanen afsluttes med en opstilling af mål for de kommende år.

Høringsversion

4 Struktur og rammer for sundhedsvæsenet

I dette kapitel beskrives rammerne for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark. Både de strukturelle og planmæssige rammer, ligesom der præsenteres en række oversigtskort over, hvor sygehuse og diverse beredskaber er geografisk placeret.

4.1 Strukturplaner: Akutplan og gennemførelsesplan på det somatiske område

Høj kvalitet døgnet rundt er omdrejningspunktet for den omfattende omlægning af sygehusvæsenet i Region Syddanmark, som har fundet sted gennem de seneste år, og som Regionsrådet besluttede med akutplanen *'Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark'* (2007) og gennemførelsesplanen *'Fremtidens sygehuse – fra plan til virkelighed'* (2008).

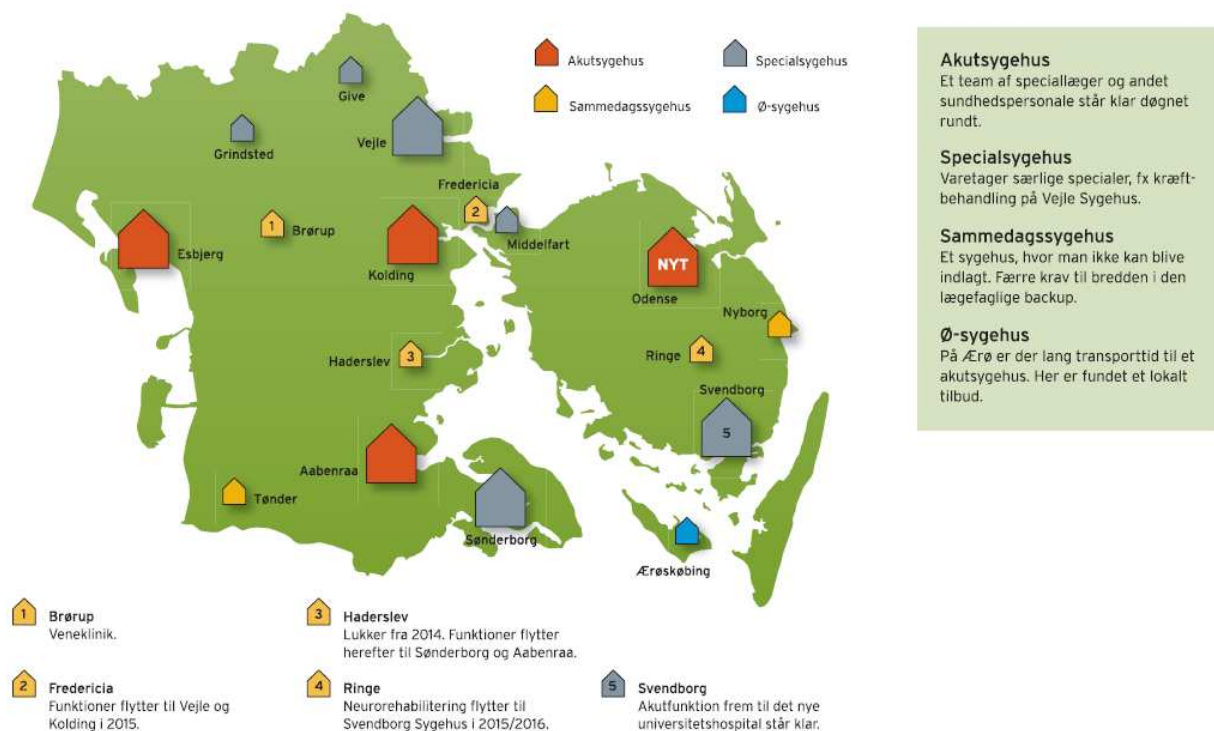
Den helt overordnede plan for det somatiske sygehusvæsen i Region Syddanmark ligger i akutplanen og i gennemførelsesplanen, som nærmere konkretiserer de overordnede rammer for planlægning på organisatorisk, dimensionerings- og specialeplanlægningsniveau.

Baggrunden for strukturplanerne på det somatiske område er at ved etableringen af regionerne, skulle de amtslige sygehusstrukturer samles til én regional sygehusstruktur. Det indebar, at sygehuse fik nye roller, og der opstod nye organisatoriske rammer for driften af sygehuse. Samtidig skulle regionen indrette sygehusstrukturen efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger til fremtidens akutbetjening, og de krav som blev stillet af det ekspertudvalg, der var nedsat til at rådgive regeringen om tildeling af ressourcer fra den såkaldte Kvalitetsfond til sygehusbyggerier. Samlet set mundede det ud i vedtagelsen af akutplanen *'Fremtidens Sygehuse i Region Syddanmark'*.

Regionens somatiske sygehusvæsen er opdelt i fire sygehusenheder (OUH Odense/Svendborg, Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland), som hver har sygehuse på matrikler i forskellige byer. Den 'nye' sygehusstruktur indføres løbende i takt med, at bygningerne står klar.

Figuren nedenfor illustrerer sygehusvæsenet i Region Syddanmark i 2013:

Figur 4.1. Sygehusvæsenet i Region Syddanmark



- **Akutsygehusene** tager sig af patienter ved akut opståede alvorlige skader og sygdomme. Akutsygehusene er kendetegnet ved deres Fælles Akutmodtagelser (FAM), hvor et team af speciallæger og andet sundhedspersonale døgnet rundt står klar til at diagnosticere og hurtigt sætte en behandling i gang hos patienterne. Udover akutdelen foretager akutsygehusene også planlagte behandlinger.
- **Specialsygehusene** skal primært tage sig af planlagte behandlingsforløb og operationer, eksempelvis i forbindelse med kræftbehandling eller behandling af diabetes. Forholdet mellem specialsygehuse og akutsygehuse gør, at akutsygehusene sikrer, at specialsygehusene ikke skal bruge ressourcerne på akutte behandlinger på en lang række områder, men i højere grad kan koncentrere sig om planlagte aktiviteter, samt akutte visiterede patienter på det medicinske område. Specialsygehusene sørger for, at akutsygehusene ikke bliver for store og uoverskuelige, men kan prioritere ressourcerne til de akutte tilfælde.
- **Sammedagssygehusene** tager sig af de ukomplicerede behandlinger, som ikke kræver indlæggelse. Det kan være små operationer af eksempelvis åreknuder.

I løbet af 2011 blev der bygget en midlertidig FAM på Odense Universitetshospital (OUH), som blev indviet i februar 2012. Den midlertidige funktion skal fungere indtil, OUH tager

det nybyggede 'NYT OUH' i brug, forventet 2021. Når det nye universitetshospital står færdigt, lukkes FAM i Svendborg. Herefter er der 4 akutsygehuse i Region Syddanmark.

De afledte konsekvenser af akutplanen er omfattende, og gennemførelsen af akutplanen giver mange organisatoriske og bygningsmæssige forandringer de kommende 10 år. Regionsrådet har for eksempel senest i 2012 vedtaget profiler for specialsygehuse i Sønderborg, Vejle og Svendborg, ligesom man ved vedtagelsen af regionens budget for 2012 besluttede at fremrykke lukningen af al sygehusvirksomhed i Haderslev.

På sygehuset i Give drives en friklinik, der tilbyder behandling på hovedfunktionsniveau på områder, hvor der er kapacitetsproblemer på regionens øvrige sygehuse. Endvidere er der vedtaget ændringer for Ærø Sygehus i 2012, som betyder, at der ikke længere foretages kirurgiske indgreb med undtagelse af behandling af småskader.

Region Syddanmark vil løbende indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse med implementering af ændringerne i organiseringen af sygehusstrukturen i de sammenhænge, hvor det er relevant.

Gennemførelsesplanen lægger endelig en linje for, hvordan Region Syddanmark ønsker samarbejde og dialog med kommunerne om at finde fremtidig anvendelse af de arealer og sygehusbygninger, der fremover ikke skal anvendes til sygehusformål som følge af implementeringen af sygehusstrukturen.

4.1.1 Skadestuer og skadepoliklinikker – og ventetider

Når uheldet er ude har Region Syddanmark en række tilbud om behandling af akut opståede skader.

Der er skadestuer på akutsygehuse i Esbjerg, Kolding, Odense, Aabenraa og Svendborg. Skadestuen i Svendborg omdannes til en skadestuefunktion med lægefaglig back-up, når det nye universitetshospital i Odense er færdigbygget og Svendborg Sygehus omdannes til specialsygehus. Ligeledes er der skadestuefunktion med lægefaglig back-up i Sønderborg og skadestue i Vejle.

Endvidere findes der skadepoliklinikker på forskellige matrikler i regionen: i Middelfart, Grindsted og Tønder. Skadepoliklinikken er et alternativ til skadestuen, hvor man kan få behandlet mindre skader. Klinikkerne er bemandede af specialuddannede sygeplejersker, og har åbent alle ugens dage mellem 8 og 22. Sygeplejerskerne i skadepoliklinikken henviser borgeren til skadestuen, hvis skaden viser sig at være større end forventet.

Desuden er der en skadepoliklinik i Haderslev, som vil være i drift frem til lukningen af Haderslev sygehus, ligesom der er en skadepoliklinik i Fredericia, hvis endelige status i forbindelse med lukningen af Fredericia sygehus endnu er uafklaret. Endelig er der en skadestuefunktion på Ærø.

På Region Syddanmarks akut app (se figur 4.2) findes der en oversigt over regionens skadestuer og skadepoliklinikker. Applikationen er gratis og kan på nuværende tidspunkt hentes til både Iphone og Android telefoner. På en oversigtsliste kan man se aktuelle

ventetider på skadestuer og skadepoliklinikker, som opdateres løbende. Borgerne har hermed mulighed for at køre til den skadestue eller skadepoliklinik med den korteste ventetid.

Figur 4.2.



Udover oplysninger om ventetider på skadestuer og skadepoliklinikker indeholder app'en også information om vagtlæger, apoteker, tandlægevagt, kiropraktorvagt og psykiatrisk akutmodtagelse.

4.1.1.1 Indførelse af visitation på skadebehandling

Frem mod foråret 2014 indføres der visitation til skadebehandlingen. Det betyder, at borgere ikke længere kan møde op på behandlingsstederne, men skal ringe i forvejen for at blive visiteret til behandling. Dette blev aftalt i forbindelse med den økonomiaftale der blev indgået mellem regionerne og staten i juni 2012.

Indførelse af visitation for behandling vil få betydning for driften af de nuværende skadebehandlingstilbud. Ikke mindst forventes det at få betydning for antallet af behandlinger på skadepoliklinikkerne, som måske vil blive visiteret til andre typer behandling i fremtiden, eksempelvis vagtlæge eller egen læge. Erfaringer fra andre regioner viser, at antallet af behandlinger på skadestuer og skadepoliklinikker falder med mellem 20 og 30 % ved indførelse af visitation til skadebehandling.

4.2 Strukturplan: Fremtidens psykiatri

Region Syddanmark har ansvar for behandlingen i sygehus- og lokalpsykiatrien samt for behandlingen hos de praktiserende speciallæger i psykiatri. Psykiatrien i Region Syddanmark er samlet organisatorisk (kaldet 'Psykiatrisygehuset') under én sygehusenhed med sygehusafdelinger og lokalpsykiatriske tilbud fordelt over hele regionen.

I regionsregi er den overordnede struktur for og tilrettelæggelse af den regionale behandlingspsykiatri fastlagt i planen '*Fremtidens psykiatri*'. Regionsrådet vedtog planen i december 2007, som blev fulgt op med vedtagelse af en implementeringsplan i maj 2008, og en justering heraf i september 2010.

I 2013 er der igangsat en proces til revision af dele af den eksisterende psykiatriplan. Den igangværende revision fokuserer på temaerne:

- Kerneydelser
- Psykiatrien i samfundet
- Behandlingssamarbejde
- Økonomi og effektivitet
- Teknologiske Redskaber
- Kvalitet.

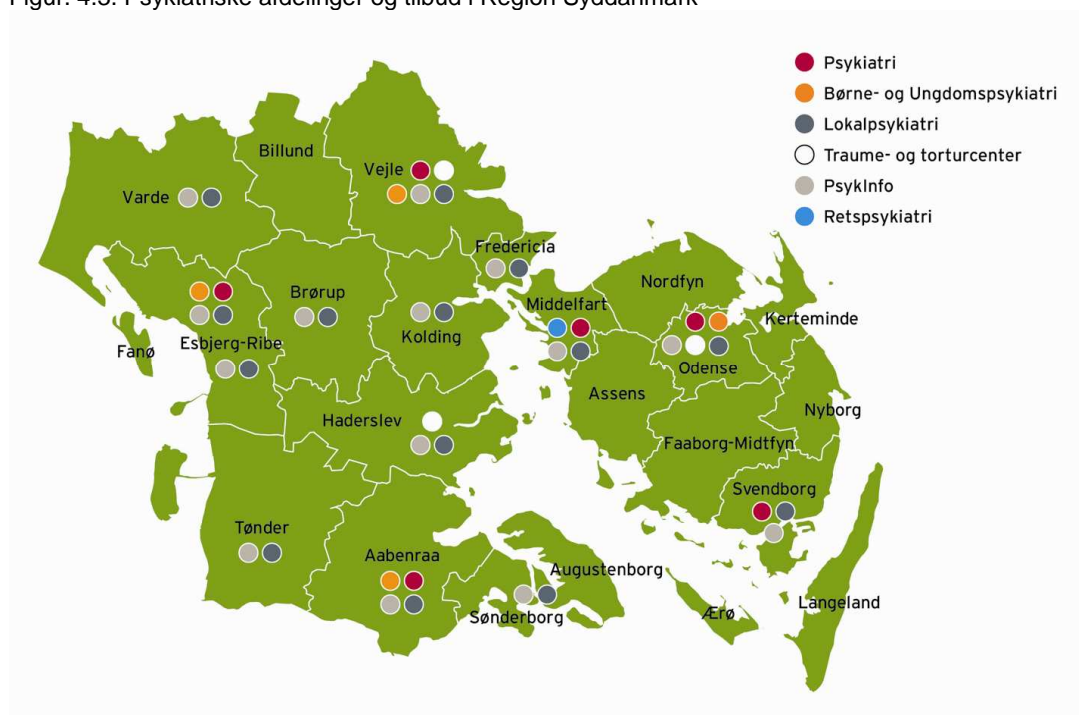
Den reviderede Psykiatriplan forventes godkendt i Regionsrådet juni 2013.

Psykiatrien er opdelt i fire hovedfunktionsområder i Vestjylland, Sønderjylland, Lillebæltsområdet og Fyn. Hvert område har med en enkelt undtagelse både ambulante- og døgnbehandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, almenpsykiatrien og gerontopsykiatrien (psykiske lidelser hos ældre), sådan at alle borgere i regionen er sikret adgang til et døgnåbent uvisiteret akuttilbud.

Undtagelsen er, at børne- og ungdomspsykiatrien for Sønderjylland og Lillebælt er samlet under en afdelingsledelse. Der vil fremadrettet være ambulante behandling i Kolding, men når psykiatrisk afdeling i Aabenraa er færdigbygget, samles senge fra Kolding og Augustenborg i Aabenraa.

Placeringen af afdelinger og tilbud ses på nedenstående figur 4.3. Som følge af Sundhedsstyrelsens specialeplan er den højtspecialiserede psykiatriske behandling placeret i Odense.

Figur. 4.3. Psykiatriske afdelinger og tilbud i Region Syddanmark



Overvejende foregår psykiatrisk behandling ambulant i lokalpsykiatriske centre, som er placeret i de fleste kommuner i regionen.

Ved akut psykisk sygdom, eller hvis en psykisk sygdom pludseligt forværres, er der flere muligheder for at få hjælp. I første omgang kan egen læge/vagtlæge kontaktes, og hvis det er udenfor egen læges åbningstid, kan der også søges hjælp på en af de psykiatriske skadestuer i Esbjerg, Kolding eller Odense. Skadestuerne er et tilbud til voksne, unge og børn. De er døgnåbne, og man kan henvende sig uden henvisning fra en læge.

De psykiatriske skadestuer tilpasses løbende psykiatriens koncept for akutmodtagelse, som er baseret på de samme principper som somatikens. Der hvor psykiatrien med tiden kommer til at dele matrikel med en FAM, er det intentionen, at den psykiatriske skadesfunktion integreres.

I Esbjerg og Vejle etableres en psykiatrisk akutmodtagelse, som har samarbejde med FAM i henholdsvis Esbjerg og Kolding.

Der lægges i *'Fremtidens psykiatri'* op til et styrket samarbejde med praksissektoren, kommuner og det øvrige sundhedsvæsen. Dette samarbejde er nærmere konkretiseret i samarbejdsaftalerne med kommunerne på det psykiatriske område (se afsnit 5.2.1.4).

4.3 Generelt om sygehusplanlægning – og byggeplaner

Som et led i akutplanen bygger Region Syddanmark nye sygehuse. Målet er at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb, øget patientsikkerhed, effektivisering og højere kvalitet. Pengene til byggerierne kommer fra Kvalitetsfonden (staten) og fra

regionen. De sygehuse, der bliver bygget med tilskud fra Kvalitetsfonden, kaldes også 'Kvalitetsfondsbyggerier'. Region Syddanmark har herudover en række byggeprojekter på sundheds- og psykiatriområdet, som regionen finansierer på egen hånd.

Regionen vil med de nye sygehusbyggerier modernisere den eksisterende sygehusstruktur. Investeringerne i de nye fysiske rammer tager afsæt i behovet for øget specialisering. Behandlingerne samles på færre hospitaler for at øge den faglige kvalitet på de enkelte behandlingssteder og for at udnytte ressourcerne bedst muligt.

En del af gennemførelsesplanen lægger op til udarbejdelse af generalplaner - både for somatikken og psykiatrien - for den praktiske planlægning af byggeri, herunder dimensionering af de fysiske rammer for de enkelte sygehusenheder og anlægsudgifter til de deraf følgende renoveringer, udbygninger og ombygninger af sygehuse. Generalplanerne er referenceramme i forhold til de principper og standarder, der bygges efter, og der udarbejdes byggeplaner med afsæt heri.

Omdrejningspunktet i generalplanerne for somatikken er etableringen af akutsygehuse i Region Syddanmark. Heraf følger behov for ny- og udbygninger af den eksisterende bygningsmasse på OUH Odense Universitetshospital i forbindelse med bygning af den fælles akutmodtagelse samt Nyt OUH, ombygning af Sygehus Sønderjylland Aabenraa, Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg og Sygehus Lillebælt i Kolding.

Regionen investerer ca. 12 mia. kr. i sygehuse herunder også i psykiatrien.

Med hensyn til psykiatrien har strategien på døgnområdet været at samle mindre døgnfunktioner i færre og større døgnfunktioner centrale steder i regionen med henblik på at sikre en høj kvalitet gennem:

- faglig og driftsmæssig større robusthed,
- bedre mulighed for specialisering og
- bedre anvendelse af psykiatriens medarbejdere og øvrige ressourcer.

Strategien kræver en række ny- eller ombygninger af større psykiatriske afdelinger samt etablering af et antal lokalpsykiatriske centre. Derfor er der udarbejdet en anlægsplan på det psykiatriske område på ca. 2 mia. kr., der over en 10-årig periode skal sikre gennemførelse af strategien. Anlægsplanen omfatter byggerier af døgnfunktioner i Middelfart, Aabenraa, Esbjerg, Odense og Vejle og konkretiseres lokalt i forbindelse med de enkelte projekter.

Tabellerne 4.1 og 4.2 nedenfor viser udgifts-overslag samt de forventede projektperioder for de nye sygehusbyggerier og udbygninger for henholdsvis somatikken og psykiatrien.

Tabel 4.1. Oversigt over somatiske sygehusbyggerier i Region Syddanmark

		Udgifts-overslag	Projekt periode
OUH/Svendborg Sygehus	Svendborg Sygehus (generalplan)	83,6 mio.kr	2012-2016
Sygehus Lillebælt	Vejle Sygehus (generalplan)	73,4 mio.kr ¹	2013-2017
	Kolding Sygehus (Materplan)	130 mio.kr ¹	2013-2018
Sydvestjysk Sygehus	Esbjerg Sygehus	701,7 mio.kr	2010-2018
	- fase 1: FAM + diverse projekter	247,2 mio.kr	2015
	- fase 2: Sengebygning	330,1 mio.kr.	2017
	- fase 3: Renovering og ombygning	124,4 mio.kr.	2018
Sygehus Sønderjylland	Specialsygehuset Sønderborg	301,6 mio.kr.	2009-2019
	- fase 1: skadestuefunktion mm	29,6 mio.kr.	2012
	- fase 2: renovering til specialsygehus ²	272 mio.kr.	2019
	Udgifter i alt ca.	1,3 mia.kr.	
		Udgifts-overslag	
Kvalitetstranssyggerierne	Nyt OUH	6,6 mia.kr.	2008-2021
	Etablering af Nyt OUH	6,6 mia.kr.	2021
	Kolding Sygehus	940 mio.kr	2009-2016
	- projektorganisation	28,8 mio.kr.	
	- fase 1: Mor-barn-center	82,3 mio.kr.	2013
	- fase 2/3: Sengebygning og FAM	752,1 mio.kr.	2015
	- fase 4: Ombygning	56,8 mio.kr.	2016
	- reserve	20 mio.kr.	
	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	1,3 mia.kr.	2010-2020
	- projektorganisation	41,4 mio.kr.	
	- risikopulje fase 1	11,5 mio.kr.	
	- fase 1: FAM, familiehus mm	528,9 mio.kr	2014
- fase 2: Sengebygning mm	726,5 mio.kr.	2020	
	Udgifter i alt ca.	8,8 mia.kr.	

Kilde: Investeringsbudget 2013

1) Med forbehold for regionsrådets endelige stillingtagen i maj 2013

2) Øjenafdelingen er ombygget

Note: Angivet projektperiode i april 2013

Tabel 4.2. Oversigt over psykiatribyggerier i Region Syddanmark

		Udgifts-overslag	Projekt periode
Fyn	Middelfart, Retspsykiatrien	250 mio.kr.	2010-2013
	OUH Odense, Psykiatrien	600 mio.kr.	2008-2021
Lillebælt	Vejle Etablering af ny afdeling som Offentligt Privat Partnerskab (OPP)-projekt	400 mio.kr.	2012-2016
Vestjylland	Esbjerg Udbygning af psykiatrisk døgnfunktion	251 mio.kr.	2010-2014
Sønderjylland	Aabenraa Nyt psykiatrisk sygehus	480 mio.kr.	2010-2014
	Udgifter i alt ca.	2,0 mia.kr.	

Kilde: godtsygehusbyggeri.dk, 2013

4.4 Fagligt indhold på sygehusene

Specialeplanlægningen er en væsentlig del af den nye sygehusstruktur, og tildeling af specialer og funktioner tillægges stor strategisk betydning for at sikre et fremtidssikret, robust sygehusvæsen.

Sundhedsstyrelsen formulerer formålet med den nationale specialeplanlægning således:

'Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne.'

I specialeplanen er der redegjort for placering af specialer med tilhørende specialfunktioner på sygehusene i Region Syddanmark.

4.4.1 Hvor tilbydes behandlingerne - specialeplanen

Specialeplanen som blev vedtaget af regionsrådet i 2009, omfatter placeringen af 36 lægefaglige specialer med tilhørende specialfunktioner på sygehusene i Region Syddanmark. Der er 34 specialer indenfor somatikken og 2 specialer indenfor psykiatrien (psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri).

Allerede i gennemførelsesplanen for fremtidens sygehuse har regionsrådet taget stilling til placeringen af hovedparten af specialerne på hovedfunktionsniveau - under hensyn til specialevejledningen - mens Sundhedsstyrelsen har den endelige beslutningskompetence, når specialfunktionsniveauerne, regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner skal placeres.

Sundhedsstyrelsens specialevejledninger opererer med tre faglige niveauer:

1. **Hovedfunktion:** Et regionalt anliggende⁴. Regionen afgør selv den geografiske placering af funktionen.
2. **Regionsfunktioner:** I Region Syddanmark placeres regionsfunktioner, udover Odense Universitetshospital, oftest 1-2 andre steder i regionen. Antallet og placeringen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.
3. **Højtspecialiseret funktion:** Kan etableres efter Sundhedsstyrelsens godkendelse 1-3 steder i landet, eventuelt 4, hvis særlige forhold gør sig gældende. I Region Syddanmark er højtspecialiserede funktioner primært placeret på Odense Universitetshospital.

Herudover er der udviklingsfunktioner, som kan varetages på baggrund af Sundhedsstyrelsens godkendelse.

⁴ For enkelte specialer på hovedfunktionsniveau strækker omlægningen sig over flere år og forventes endeligt implementeret i 2018. Implementering af den del af specialeplanlægningen, der involverer ansøgning til Sundhedsstyrelsen, strækker sig over en treårig periode og iværksættes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens udmelding.

Sundhedsstyrelsens specialeudmelding omkring regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner indenfor psykiatrien er overvejende tildelt Psykiatrisk Afdeling Odense og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense.

Regionsrådet har i forhold til regionens prioritering af ansøgningerne til Sundhedsstyrelsen om regions- og højt specialiserede funktioner opstillet følgende generelle præmisser for specialeplanlægningen⁵:

- At sikre bæredygtige faglige miljøer
- At sikre høj faglig standard gennem tilstrækkeligt patientunderlag og samarbejde med relevante specialer
- At sikre lokal betjening med mindre faglige hensyn taler imod dette
- At sikre en afbalanceret fordeling af specialer og regionsfunktioner til de 4 sygehusenheder
- At overveje 'flyttemkostninger' ved flytning af eksisterende faglige miljøer
- At OUH som hovedregel har alle regionsfunktioner og skal sikres så mange højt specialiserede funktioner som fagligt muligt på landsplan.

4.4.2 Hvilke specialer varetages på de forskellige sygehuse

Langt størstedelen af de funktioner, der tilbydes på regionens sygehuse, er på hovedfunktionsniveau. Det er behandlinger, som kan laves flere steder i regionen, og de to tabeller nedenfor (tabel 4.3 og 4.4) illustrerer i hovedtræk en række af disse funktioner.

De funktioner, der varetages på sammedagssygehuse (Tønder, Nyborg, Brørup, Give og Ringe), fremgår ikke af skemaet, da der kun varetages en del af specialets behandlinger på hovedfunktionsniveau.

⁵ På Sundhedsstyrelsens hjemmeside er det muligt at læse mere om specialeplanen og specialevejledninger: http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Baggrund_for_specialeplanlaegning.aspx

Table 4.3. Hovedfunktioner fordelt på Region Syddanmarks somatiske sygehuse

	Hoved Funktioner	OUH – Odense Universitets-hospital	OUH – Svendborg Sygehus	SLB – Vejle Sygehus	SLB – Kolding Sygehus	SLB – Fredericia Sygehus	SLB- Middelfart Sygehus
Intern medicinske specialer	Endokrinologi	X	X	X	X	X	
	Gastroenterologi og hepatologi	X	X	X	X	X	
	Kardiologi	X	X	X	X	X	
	Lungesygdomme	X	X	X	X	X	
	Infektionsmedicin	X	X	X	X	X	
	Geriatrici	X	X	X	X	X	
	Reumatologi	X	X	X	X	X	X (rygcenter)
	Nefrologi	X				X	
Kirurgiske specialer	Hæmatologi	X		X			
	Kirurgi	X	X	X	X		
	Karkirurgi	X			X*		
	Plastikkirurgi	X		X (udfunktion)			
	Urologi	X				X	
	Ortopædisk kirurgi	X	X	X	X		X (rygcenter)
	Gynækologi	X	X		X		
	Oto-rhino-laryngologi	X	X	X			
Øvrige medicinske specialer	Oftalmologi	X		X			
	Neurologi	X		X			
	Klinisk onkologi	X		X (stråler)			
	Pædiatri	X			X		
	Arbejdsmedicin	X					

* Karkirurgi på hovedfunktionsniveau varetages på Veneklinikken i Brørup

Table 4.4. Hovedfunktioner fordelt på Region Syddanmarks somatiske sygehuse

	Hoved Funktioner	SVS – Esbjerg	SVS - Grindsted	SHS – Aabenraa Sygehus	SHS – Sønderborg Sygehus	SHS – Haderslev Sygehus	Gråsten** Gigthospital
Intern medicinske specialer	Endokrinologi	X	X	X	X	X	
	Gastroenterologi og hepatologi	X	X	X	X	X	
	Kardiologi	X	X		X	X	
	Lungesygdomme	X	X	X	X	X	
	Infektionsmedicin	X		X		X	
	Geriatrici				X		
	Reumatologi	X					X
	Nefrologi	X			X		
Kirurgiske specialer	Hæmatologi	X				X	
	Kirurgi	X	X	X	X		
	Karkirurgi				X		
	Plastikkirurgi	X		X (udfunktion fra Esbjerg)			
	Urologi	X			X		
	Ortopædisk kirurgi	X	X	X	X		
	Gynækologi	X			X	X	
	Oto-rhino-laryngologi	X		X	X		
Øvrige medicinske specialer	Oftalmologi				X		
	Neurologi	X			X		
	Klinisk onkologi	X (kemo - ikke stråler)			X (kemo og stråler i Flensborg)		
	Pædiatri	X			X		
	Arbejdsmedicin	X					

* Funktionerne i Haderslev flytter til Sønderborg og Aabenraa når Haderslev Sygehus lukker

** Kong Christian X's Gigthospital drives af Gigtforeningen, som Region Syddanmark har indgået en driftaftale med

4.4.3 Samarbejdsaftaler med andre regioner, der understøtter OUH som universitetshospital

Region Syddanmark indgik i 2010 en aftale med Region Sjælland om udvidet samarbejde på sundhedsområdet. Det betyder, at befolkningsunderlaget for det specialiserede område på OUH vil blive godt 1,5 mio. indbyggere for en lang række funktioner og for nogle endda helt op mod 2 mio. indbyggere.

Et udvidet befolkningsunderlag vil få stor betydning for mulighederne for faglig udvikling på OUH. Større patientunderlag giver flere patienter, og det styrker mulighederne for at udvikle de faglige miljøer og varetagelsen af de specialiserede funktioner. Det vil give de enkelte medarbejdere bedre faglige udviklingsmuligheder, ligesom det vil styrke Region Syddanmarks muligheder næste gang, regionen skal søge om varetagelse af specialfunktioner. Det kommer i sidste ende patienterne og borgerne til gode, fordi Region Syddanmark kan tilbyde flere behandlingstilbud og større faglig ekspertise.

Samtidig har Region Syddanmark indgået et strategisk samarbejde med Rigshospitalet, om en række højt specialiserede behandlingsformer. Ideen med aftalen er at etablere samarbejde om funktionerne, hvilket styrker OUH's muligheder for at opnå formaliserede samarbejdsaftaler på disse områder. Det betyder, at de faglige udviklingsmuligheder på OUH styrkes, og at der på sigt skabes mulighed for at dele af de udvalgte højt specialiserede behandlingsforløb kan varetages på OUH.

4.5 Beredskab og præhospital indsats

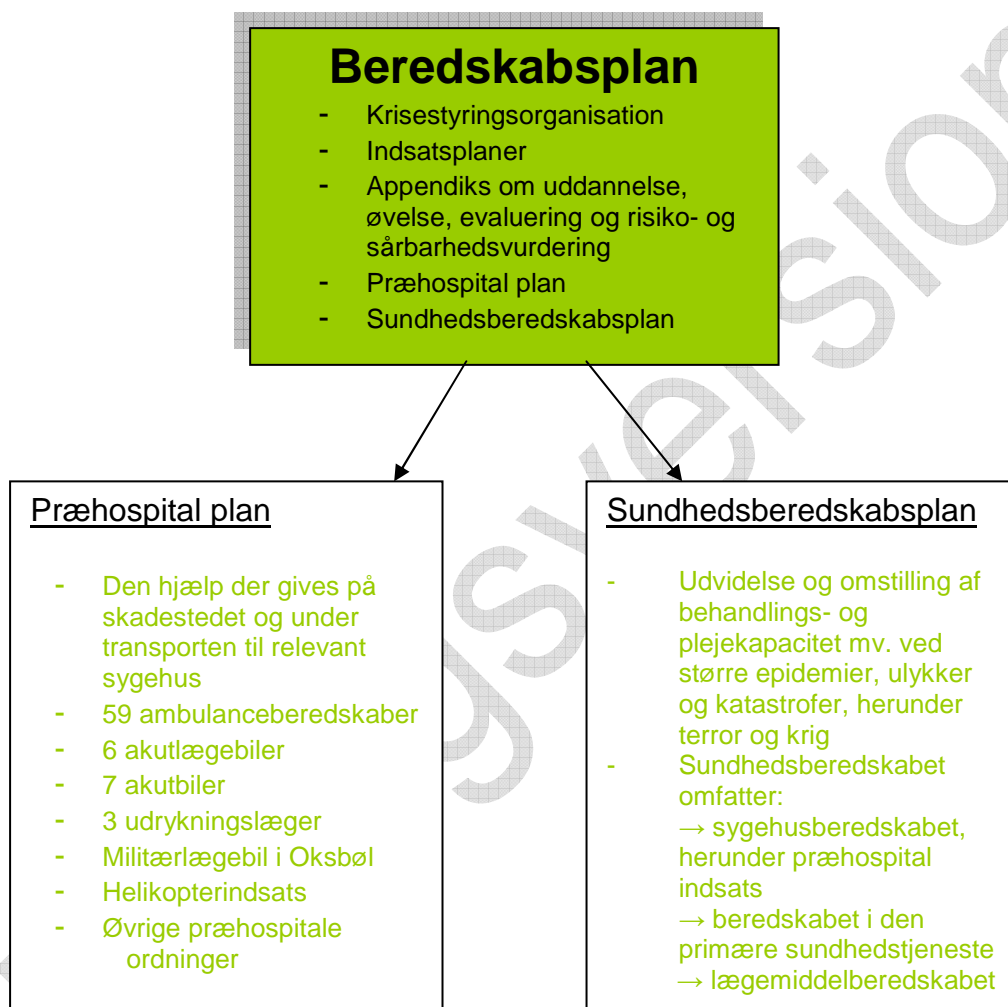
Nogle borgere vil som følge af den nye sygehusstruktur med akutsygehuse og Fælles Akutmodtagelser få længere vej til sygehuset. Derfor er det vigtigt, at den præhospital akuttækning (den akutte hjælp før man er kommet til sygehuset) rundt i regionen er bredt udbygget, så tilskadekomne hurtigt kan komme i kyndige hænder. Samtidig kan diagnostik og behandling allerede påbegyndes på skadesstedet samt under transporten til det relevante behandlingssted.

Region Syddanmark har siden regionsdannelsen udvidet det præhospital beredskab betydeligt:

- Akutlægebildækningen er blevet udvidet med døgndækkende akutlægebiler i Esbjerg og Kolding.
- Akutlægebilen i Svendborg er blevet gjort døgndækkende.
- Der er etableret døgndækkende akutbiler med paramedicinere (en ambulanceredder med overbygningsuddannelse) i Faaborg, Grindsted, Rødding, Skærbæk, Haderslev og Sønderborg. Sønderborgbilen er efterfølgende blevet opgraderet til akutlægebil i dagtiden.
- Der er etableret nye ambulanceberedskaber i Billund, Løgumkloster og Tinglev.

4.5.1 Beredskabsplan

Regionsrådet har vedtaget en beredskabsplan, der er en kombineret beredskabsplan, sundhedsberedskabsplan og præhospital plan. Beredskabsplanen revideres løbende og den seneste udgave blev vedtaget i januar 2013. Regionens, kommunernes og sygehusenhedernes beredskabsplaner på sundhedsområdet udarbejdes efter samme skabelon, hvilket letter koordination og samarbejde i en beredskabssituation.

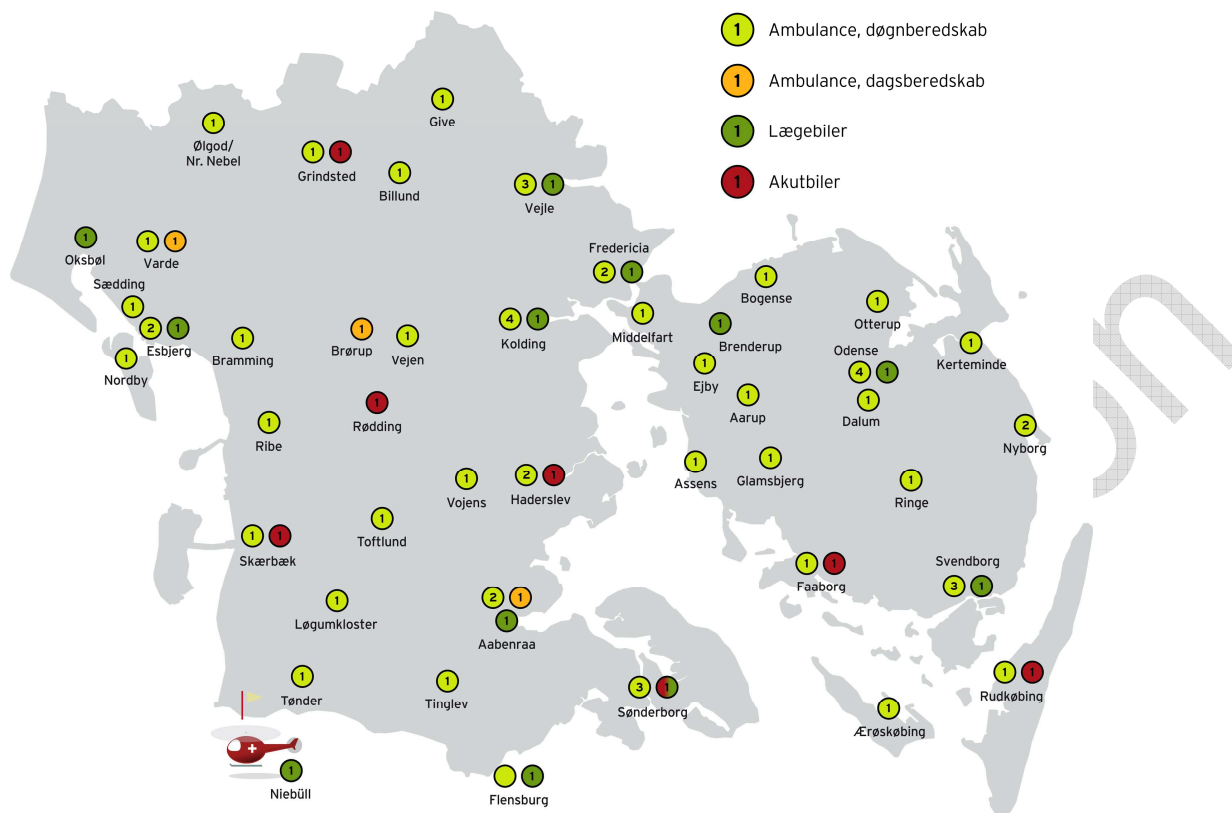


4.5.2 Præhospitale enheder

Den præhospitale beredskabsplan beskriver de enheder, der yder hjælp på skadestedet og under transporten til det relevante sygehus. Den præhospitale hjælp kan derfor populært betegnes som et fremrykket hospital på den livreddende og stabiliserende indsats.

Figur 4.3 nedenfor illustrerer de præhospitale enheder i Region Syddanmark.

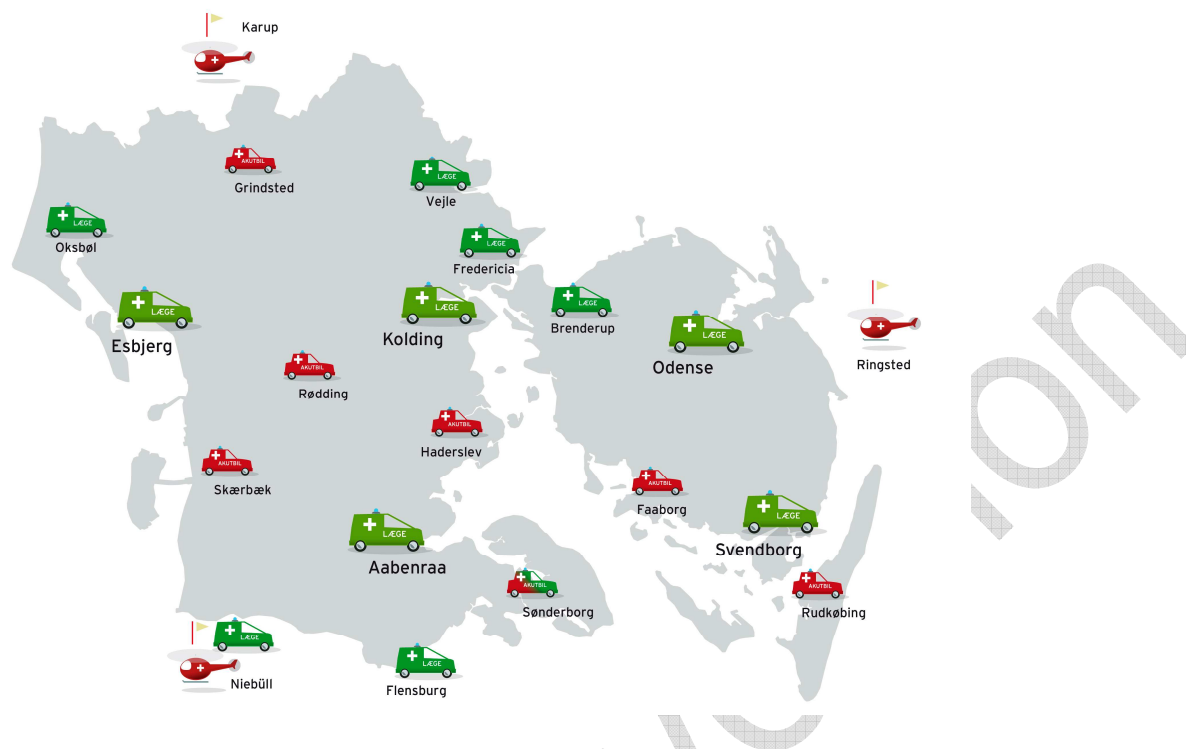
Figur 4.3. Præhospitale enheder i Region Syddanmark



Regionens præhospitale indsats omfatter blandt andet 59 ambulanceberedskaber, 6 akutlægebiler bemandede med læger og 7 akutbiler bemandede med paramedicinere. Der er derudover 3 udrykningslæger og en militærlægebil i Oksbøl. Endelig foregår der i grænseområdet et samarbejde om akut hjælp fra præhospitale enheder fra Tyskland, herunder også akutlægehelikopter i Niebüll.

Figur 4.4 nedenfor illustrerer de præhospitale enheder udover ambulancer.

Figur 4.4. Præhospitale enheder udover ambulancer i Region Syddanmark



Region Syddanmark har i 2012 indgået aftale med Region Midtjylland og Region Sjælland om akutlægehelicopterbetjening fra Karup og Ringsted.

I forbindelse med Finansloven for 2013 blev det besluttet, at der medio 2014 etableres permanent akutlægehelicoptere i Billund, Skive og Ringsted. Forsøgsordningen med akutlægehelicoptere i Karup afsluttes samtidig.

Når man har brug for øjeblikkelig hjælp ved akut alvorlig sygdom eller skade og ringer 112, kommer man i kontakt med vagtcentralen. Siden maj 2011 har det været sundhedsfaglige medarbejdere, som foretager visitation af ambulancer i Region Syddanmark sådan, at tilskadekomne med det største behov får hjælp hurtigt.

4.5.3 Frivillige akuthjælperordninger m.v.

Ud over Region Syddanmarks præhospitale tilbud eksisterer et antal frivillige akuthjælperordninger i regionen. Disse er etableret på mindre befolkede øer uden broforbindelse samt i områder, hvor det tager forholdsvis lang tid for regionens præhospitale beredskab at komme frem. Regionen tilbyder at bidrage med udstyr samt førstehjælperuddannelse til disse initiativer. Akuthjælperne varsles typisk pr. sms/telefonopkald og træder til med førstehjælp, indtil regionens præhospitale beredskab ankommer til skadesstedet.

Der er desuden en nødbehandlerbil i Nordborg med særligt uddannede førstehjælperer samt en præhospital hjemmesygeplejeordning i Varde Kommune.

4.6 Perspektiver for strukturer og rammer de kommende år

Som afslutning på kapitlet om struktur og rammer for sundhedsvæsenet, giver nedenstående afsnit en kort beskrivelse af den forventede udvikling de kommende år på en række områder.

Sygehusstruktur

De senere års fokus på at igangsætte implementeringen af den overordnede sygehusstruktur i Region Syddanmark vil fortsætte de kommende år, med særlig fokus på den videre udvikling af akutsygehuse og profilerne på specialesygehuse. Blandt andet skal der flyttes en lang række funktioner og aktiviteter fra sygehuse i henholdsvis Fredericia og Haderslev i forbindelse med, at de lukkes. Denne aktivitet skal rummes på sygehuse i Vejle, Kolding, Aabenraa og Sønderborg. I samme forbindelse vil der til stadighed være fokus på udmøntningen af de byggeprojekter, som er igangsat i forbindelse med etableringen af fremtidens sygehusstruktur i Region Syddanmark.

Fra foråret 2014 skal borgere kontakte skadestuer og andre skadetilbud inden, de møder op for at modtage behandling. Dette vil ligeledes få betydning for de nuværende skadeklinikker. Når man har indhøstet erfaringer med skadevisitationen, vil det blive vurderet, hvilke konsekvenser det vil få for den fremtidige drift af skadebehandlingstilbud.

På psykiatriområdet sker der ligeledes en samling af forskellige funktioner og aktiviteter. De nuværende døgnafsnit i Hviding og Esbjerg samles i Esbjerg. Byggeriet er i gang og forventes færdigt i starten af 2015.

Psykiatrisygehuset i Aabenraa samler de voksenpsykiatriske afdelinger i Augustenborg og Haderslev, de ungdomspsykiatriske senge i Augustenborg og Kolding samt de børne- og ungdomspsykiatriske ambulante funktioner i Augustenborg. Byggeriet forventes at stå klar primo 2015.

I Middelfart samles den syddanske retspsykiatri. Første fase af byggeriet står færdig i april 2013, hvorefter resten af bygningen forventes færdigt medio 2014.

I Vejle samles psykiatrien fra Vejle og Kolding. Dette byggeri adskiller sig, da det bliver udført som et OPP projekt. Afdelingen skal stå klar til indflytning i 2016.

Nyt OUH-projektet er i dispositionsfasen efter regionsrådet i december 2012 godkendte byggeprogrammet.

Dertil kommer de mindre projekter i form af eksempelvis lokalpsykiatri, udvikling af 'Ny seng til psykiatrien', projekt 'Lys i psykiatrien' og OPP effektevaluering.

Specialeplan og specialfunktioner

I den kommende periode skal der gennemføres en fornyet specialeansøgningsproces, hvor regionen skal søge om godkendelse af funktioner på højt specialiseret niveau såvel som på regionsniveau. Der skal frem til denne proces arbejdes med at skabe et solidt fundament for at sikre godkendelse af de funktioner, der allerede nu varetages. Samtidig skal regionen styrke mulighederne for at opnå godkendelse af yderligere funktioner på

områder, hvor regionen kan dokumentere, at den faglige ekspertise og det rette patientunderlag er til stede.

Det er vigtigt for Region Syddanmark at videreføre princippet om, at varetagelsen af regionsfunktioner er geografisk spredt på regionens sygehusenheder, så vidt det er fagligt muligt, af hensyn til patienterne og en afbalanceret udvikling imellem sygehusenhederne. På det højt specialiserede område er det afgørende, at arbejdet med at udvikle varetagelsen af specialfunktioner bidrager til at styrke Odense Universitetshospitals position som et af landets centrale og førende universitetshospitaler.

Region Syddanmark - en af fem regioner

Det syddanske sundhedsvæsen skal ses som en del af et sammenhængende sundhedsvæsen i hele Danmark. Derfor er det vigtigt, at der løbende foregår et samarbejde på tværs af regionerne. Både når det drejer sig om konkrete patientforløb, der går 'hen over en regionsgrænse', og når det drejer sig om større strategiske tiltag, der har betydning for alle regioner. Derfor vil Region Syddanmark forsat indgå aktivt i arbejdet med fælles standarder og principper på tværs af regionerne, der kan bidrage til bedre patientbehandling, for eksempel fælles IT-løsninger og kliniske retningslinjer for behandling.

Samtidig er Region Syddanmark kendetegnet ved at grænse op til Tyskland, og regionen vil forsat understøtte det grænseoverskridende samarbejde om blandt andet kræftbehandling, lægehelikopterdækning og ambulancebetjening.

Det præhospitalt område

På det præhospitalt område vil fokus de kommende år særligt være rettet mod at udvikle og implementere teknologier, der kan optimere indsatsen med de præhospitalt enheder tilpasset lokale behov i et givet område. Samtidig skal der inden 1. september 2015 gennemføres et nyt ambulanceudbud i Region Syddanmark.

5 Sammenhæng i patientforløb

Region Syddanmark arbejder på at sikre gode patientforløb gennem samarbejde med patient og pårørende og på tværs af sygehuse, både i somatikken og i psykiatrien, samt almen praksis og kommuner.

Uanset hvor borgeren/patienten befinder sig i 'systemet', skal de forskellige sektorer arbejde sammen om at hjælpe patienten. Sikring af sammenhæng er vigtigt for et godt patientforløb, særligt for de mest sårbare patienter.

Region Syddanmarks vision for sundhedsvæsenet sætter netop fokus på at skabe sammenhæng og kvalitet i patientforløb, både på tværs af sektorgrænser, som her betegnes ydre sammenhæng, og internt i regionen mellem sygehuse, på tværs af specialer samt mellem somatik og psykiatri, hvilket kaldes indre sammenhæng.

5.1 Indre sammenhæng – politikker og strategier

Sundhedsvæsenet er en kompleks organisation, der udgøres af mange forskellige aktører med mange forskellige roller og faglige udgangspunkter. Hvis de forskellige aktørers indsats skal fungere optimalt for den enkelte patient og bidrage til en effektiv drift af høj kvalitet, er det afgørende, at der er intern sammenhæng i det syddanske sundhedsvæsen, og at patienter og pårørende oplever, at der ydes en sammenhængende indsats. Ved indre sammenhæng forstås både samarbejdet mellem afdelinger indenfor et sygehus og mellem sygehuse i det regionale sundhedsvæsen, herunder somatikken og psykiatrien.

Når en patient skal fra en enhed til en anden kan patientforløbet betragtes som et stafetløb. Når et patientforløb involverer flere afdelinger, har disse et fælles ansvar for, at patienten kommer sikkert, hurtigt og ubesværet videre i behandlingsforløbet, ved at patienten har gennemgået de nødvendige undersøgelser og er ledsaget af nødvendige informationer, som modtagende afdeling kan bruge i det videre forløb.

En anden måde at organisere sig på er, hvis specialerne samler sig om patienten frem for, at patienter sendes rundt i sygehuset til forskellige specialer. Dette giver færre informationsoverleveringer og minimerer risikoen for, at informationer går tabt, eller at der opstår unødigt ventetid for patienten. Et eksempel på dette er klyngekonceptet, som i større grad har ansvar for hele patientforløbet.

Nedenstående afsnit indeholder nogle eksempler på, hvordan der arbejdes med at styrke den indre sammenhæng i det syddanske sundhedsvæsen både på det somatiske og psykiatriske område⁶.

⁶ Nogle af strategierne har også fokus på ydre sammenhæng, men da de primært har fokus på indre sammenhæng er de beskrevet i dette afsnit.

5.1.1 Fælles Akut Modtagelser (FAM)

Ca. 75% procent af alle indlæggelser på sygehusene sker akut.

Med etableringen af FAM betrædes helt nyt land. Baggrunden for en så omfattende organisatorisk ændring er primært, at der i midten af 00'erne på landsplan opstod en stigende erkendelse af behovet for at forbedre kvaliteten af den akutte patientbehandling.

Visionen for akutplanen og gennemførelsesplanen er at sikre de akutte patienter samme høje kvalitet i modtagelse, udredning og behandling, uanset om patienterne indlægges dag, aften, nat eller weekend. Som følge heraf er der pr. årsskiftet 2011/12 blevet etableret FAM på de 5 akutsygehuse i: Odense, Kolding, Aabenraa, Esbjerg og Svendborg (indtil Nyt OUH står færdig).

I Region Syddanmark er der arbejdet målrettet på at etablere FAM - herunder at tilvejebringe de nødvendige bygningsmæssige rammer og tilpasse organisationen til den nye virkelighed. I dag er gennemførelsen af FAM overordnet set nået længst på Odense Universitetshospital (OUH), OUH Svendborg Sygehus og Kolding Sygehus, men også på Esbjerg og Aabenraa Sygehus er man kommet langt med opgaven. Her er det den fysiske sammenflytning af FAM, som endnu ikke er fuldført.

Først ultimo 2015 vil der være etableret FAM på alle FAM-matrikler, som lever op til FAM-rapportens anbefalinger. Den endelige tidsfrist for udrulningen af FAM i regionen er i forlængelse heraf udflytningen af FAM OUH i 2021 til de endelige bygningsmæssige rammer på Nyt OUH.

Etableringen af FAM repræsenterer en fundamentalt anderledes måde at drive klinik på. Det har været adresseret i de forberedelser, som har fundet sted såvel regionalt som lokalt, at etableringen af FAM vil udgøre den måske største forandring i måden at drive sygehuse på gennem årtier.

'*Rapport om Fælles Akutmodtagelser (FAM) i Region Syddanmark*', som blev vedtaget af regionsrådet i juni 2009, udgør den overordnede plan for FAM i Region Syddanmark og er den fælles referenceramme for fælles akutmodtagelser i regionen. Heri beskrives meget konkret, at alle akutte patienter skal ind ad samme dør i sygehuset⁷. Patienterne bliver i FAM mødt af en bred vifte af kompetencer, da de fælles akutmodtagelser, i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er bemanded af en speciallæge i døgntilstedeværelse fra specialerne: Intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. I Region Syddanmark er det endvidere fundet væsentligt, at der på sigt er en speciallæge i kardiologi i døgntilstedeværelse på sygehuset.

FAM er organiseret omkring speciallægeledede teams, og det enkelte patientforløb planlægges med udgangspunkt i akutpakker (standardiserede patientforløb for 39 udvalgte patientgrupper inkl. 5 patientforløb for psykiatri).

⁷ I FAM-rapporten er der dog beskrevet visse patientgrupper, som går udenom FAM: f.eks. højrisiko hjertepatienter, fødende, nyfødte børn. Det gælder endvidere, at nogle akutte patienter, efter forudgående visitation, kan indlægges på specialsygehuse.

Forventningen er, at 70-80% af de akutte patienter udskrives direkte fra FAM. Når patienterne forlader FAM (inden for gennemsnitligt 18 timer), skal overleveringen – for de patienter der ikke direkte kan udskrives fra FAM – baseres på 'stafetmetoden'. Her betragtes patienten først som afsluttet/overleveret, når modtageren (kommune/afdeling/andet sygehus) har lige så godt hold i patienten, som afsenderen selv har haft op til afgang, så patienten er sikret et sammenhængende patientforløb.

5.1.2 Arbejdet med organisering på sygehusene

Organiseringen af fremtidens sygehuse skal understøtte sammenhængende patientforløb, hvilket fremgår af 'Rapport om Sygehuse i Syddanmark', som blev vedtaget af regionsrådet i april 2010. Visionen er, at alle patienter - både i og uden for FAM - mødes af specialiserede teams i et tværspecialiseret fagligt miljø, der i videst mulig udstrækning tager vare på hele patientforløbet.

Siden regionsrådets vedtagelse af rapporten er der foregået et arbejde med lokalt at oversætte rapportens anbefalinger. Arbejdet vil strække sig over de næste mange år og vil, ligesom arbejdet med at implementere FAM-rapportens anbefalinger, forudsætte en grundlæggende ændring af den måde sygehusene er organiseret på.

De traditionelle specialer anbefales i forlængelse heraf afløst af såkaldte kompetenceklynger, som består af enheder med tværspecialiserede og tværfaglige kompetencer, der har ansvar for at gennemføre en række foruddefinerede patientforløb fra start til slut. Ideen er, at specialerne samler sig omkring patienten frem for, at patienten i løbet af behandlingsforløbet sendes rundt i sygehuset til forskellige specialafdelinger.

På Sygehus Sønderjylland arbejdes der aktuelt på at implementere klyngekonceptet i form af dannelsen af 11 centre. Centrene består af et antal klinikker med klinikledere. I centrene kommer specialerne til patienten i stedet for, at patienten sendes rundt i sygehusets forskellige afdelinger. Endeligt er et center et tværgående ressourcefællesskab (sengepladser, ambulatoriefaciliteter, personale, økonomi).

Målet er, at centrene skaber rammerne for bedre og mere sammenhængende patientforløb samt rammer for en mere effektiv drift. Centrene på Sygehus Sønderjylland etableres herunder med udgangspunkt i, at patienterne så vidt muligt kan færdigbehandles indenfor samme center. Centrene gik i drift pr. 1. januar 2013. Der bliver dog en indkøringsperiode i løbet af 2013.

Regionernes øvrige sygehusenheder vil - som det allerede er tilfældet i Sønderjylland – skulle arbejde med organisering af 'resten af sygehuset' i kølvandet på indførelsen af FAM.

Da regionens akutsygehuse varierer i størrelse og opgaver, og da den organisatoriske og bygningsmæssige realisering af FAM sker på forskellige tidspunkter på sygehusene, må regionens sygehuskoncept nødvendigvis udmøntes lokalt.

Et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik omkring patienterne er en af forudsætningerne for at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter (jf.

'Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser' i afsnit 5.2.1.4). Der skal umiddelbart udarbejdes samarbejdsaftaler om gensidige tilsyn, second opinion, sparring og undervisning.

5.1.3 Kræft-, hjerte- og psykiatripakker

I flere af de nationalt besluttede planer og initiativer arbejdes der også på en række områder med indsatser, som skal sikre bedre sammenhæng og helhed i patientforløb. Dette gælder bl.a. på kræftområdet, hvor en aftale mellem regeringen og Danske Regioner tilbage i 2007 betyder, at Region Syddanmark siden 2009 har haft kræftpakker som udrednings- og behandlingskoncept indenfor næsten alle kræftformer.

Kræftpakker er patientforløb, hvor de enkelte trin i diagnosticering og behandling er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb, og som er fuldt integreret i sygehusenes kliniske arbejdsgange og processer. Formålet er hermed at sikre kortest mulige udrednings- og behandlingsforløb, og derigennem forbedre patienters prognose og mindske utryghed ved ventetid uden kendt årsag. Der lægges stor vægt på, at patienter oplever det samme smidige forløb uanset, om forløbet varetages samlet på et af regionens sygehuse eller det på grund af specialisering sker i et samarbejde mellem flere sygehuse. Fortsat udbredelse og brug af de it-teknologiske muligheder i kommunikationen mellem sygehusene skal kunne understøtte denne sammenhæng. Kræftpakkerne er senest revideret i 2012 i forbindelse med Kræftplan III, og en ny national monitoreringsmodel er indført ultimo 2012/primus 2013.

I Kræftplan III er der også sat øget fokus på indsatsen for de alvorligt syge og døende patienter, også kaldet den palliative indsats. Der er bl.a. prioriteret ekstra ressourcer til flere hospice-pladser, som i Region Syddanmark har betydet, at der i 2012 er etableret 12 nye pladser på Hospice Sydfyn i Svendborg, sådan at man nu har i alt 60 hospicepladser fordelt på 5 hospice i regionen.

Desuden er der udarbejdet et forløbsprogram for palliation og rehabilitering, som beskriver rammer og indhold i samarbejdet om denne patientgruppe på tværs af sektorer, og som skal medvirke til at sikre kontinuitet i behandlingen. Der arbejdes endelig med etablering af bedre rådgivningsmuligheder fra specialister til de sundhedsprofessionelle i primærsektoren og på sygehusenes basisafdelinger, som har med pleje og behandling af alvorligt syge patienter at gøre.

Der er således på kræftområdet fokus på at skabe både indre og ydre sammenhæng i patientforløbene.

Hjertepakker

Med inspiration i de metodemæssige erfaringer med pakkeforløb på kræftområdet blev der udarbejdet 3 nationale hjertepakkeforløb for patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. De 3 pakkeforløb: ustabil angina pectoris (ustabile hjertekramper/blodprop i hjertet), stabil angina pectoris (stabile hjertekramper) og hjertesvigt/hjerteklapsygdom er implementeret i regionerne pr. januar 2010. Region

Syddanmark har endvidere implementeret en regional hjertepakke for enkelte typer hjertearytmier (hjerterytmeforstyrrelse).

En national monitoreringsmodel for hjertepakkeforløb forventes implementeret 1. juli 2013. Den første offentliggørelse af resultater er planlagt til primo 2014.

Psykiatripakker

I regi af Danske Regioner er der udarbejdet og implementeret 9 pakkeforløb, der implementeres fra årsskiftet 2012/2013.

Pakkerne skal harmonisere diagnosticering og behandling på tværs af landet. De næste skridt er, at der udarbejdes pakker for ambulante forløb. Arbejdet med pakkeforløb på ADHD og det børne- og ungdomspsykiatriske område er igangsat i efteråret 2012. Målet er, at psykiatrien ved udgangen af 2016 er i stand til at tilbyde ensartede forløb for de væsentligste diagnoser.

5.1.4 Perspektiver for arbejdet med indre sammenhæng de kommende år

Ovenfor er beskrevet den overordnede planlægning, der skal styrke patientforløbene og den indre sammenhæng på og mellem sygehusene. Dette afsnit giver eksempler på, hvad der konkret skal arbejdes med de kommende år for at optimere patientforløb, give rette hjælp til rette tid og hvilke indsatser, der skal følges op på.

Akutte patienter i FAM

Patienter skal så vidt muligt færdigbehandles i FAM for derved at undgå unødvendige overgange, og alternativt hurtigt sendes videre ind i sygehuset, hvis patienten har behov for en længere indlæggelse.

Forventningen er, at 70-80 % af de akutte patienter udskrives direkte fra FAM. Der skal fremadrettet fortsat være fokus på, at indlæggelser i FAM er effektive og kendetegnet ved sammenhæng og højt flow i diagnostik og behandling. Akutpakkerne afprøves aktuelt som et værktøj til at understøtte fagligt indhold og flow i modtagelse af de akutte patienter. Et fælles mål i alle akutpakker er, at akutte patienter til indlæggelse skal have lagt en plan for patientforløbet inden for 4 timer efter ankomst til FAM.

Kræftpatienter og andre patienter med alvorlige sygdomme

Kræftpatienter og patienter med andre alvorlige livstruende sygdomme skal tilbydes udredning og behandling af den højeste faglige og organisatoriske kvalitet. Pakkeforløbene skal medvirke til både at sikre sammenhæng i forløbene og hurtig afklaring og behandling for den enkelte patient.

I kræftpakkerne er der fastlagt specifikke forløbstider for, hvor lang tid et udrednings- og behandlingsforløb bør tage. 100% overholdelse af disse tider er en højt prioriteret politisk og ledelsesmæssig målsætning. Der sker en løbende monitorering af sygehusenes opfyldelse af disse forløbstider, som også indebærer en opfølgning på tilfælde (utilsigtede hændelser), hvor forløbstider ikke er blevet efterlevet. Denne systematiske opfølgning skal medvirke til at identificere og fjerne organisatoriske eller kapacitetsmæssige flaskehalse, som måtte være en barriere for overholdelse af pakketider.

Psykiatriske patienter

En del af det brede indsatsområde i forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelser er, at der fremadrettet skal udarbejdes samarbejdsaftaler mellem somatik og psykiatri. Samarbejdsaftalerne skal bidrage til, at samarbejdet mellem de to grene af sundhedsvæsenet udvikles og forbedres.

Formålet er, at man også ved indsatser for patienter i kontakt med sygehusvæsenet søger at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter.

Patienter til udredning

Pr. 1. september 2013 får ikke-akutte somatiske patienter som noget nyt ret til hurtig udredning på sygehusene.

Patienter som henvises til udredning på et sygehus, skal udredes inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er fagligt muligt, skal patienterne have lagt en udredningsplan. For at kunne udrede patienterne til tiden, skal der være fokus på, at udredning påbegyndes hurtigst muligt.

For komplicerede patientforløb er det afgørende, at der er koordination og godt samspil mellem de forskellige parter, der indgår i udredningen af patienten. Ved de patientforløb der går på tværs af afdelinger, sygehuse og sektorer, har alle parter et fælles ansvar for, at patienten kommer sikkert, hurtigt og ubesværet videre i udredningsforløbet.

På lang sigt er ambitionen, at ikke-akutte somatiske patienter har 1. kontakt på sygehuset indenfor 14 dage efter henvisningen er modtaget. På kort sigt (inden udgangen af 2014) skal 80 % af de ikke-akutte somatiske patienter have 1. kontakt indenfor 14 dage efter henvisningen er modtaget.

Den konkrete udformning af udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter skal jf. økonomiaftalen for 2013 drøftes nærmere mellem regeringen og regionerne, og drøftelserne forventes at indgå i forhandlingerne om regionernes økonomi i 2014.

5.2 Ydre sammenhæng - snitflader mellem sektorer

Sammenhæng i patientforløb er langt mere end det, der sker på regionens sygehuse. I samarbejdet mellem kommuner og praksissektoren sikres patienterne borgernære behandlingstilbud, forebyggelse og opfølgning på patientforløb. Kun ved et velfungerende tværsektorielt samarbejde er det muligt at komme i mål med sammenhængende patientforløb.

De største samarbejdsparter i regionalt regi er kommunerne og praksissektoren med bl.a. alment praktiserende læger og speciallæger. I sundhedsloven er det bestemt, at der skal indgås forpligtende aftaler for samarbejdet på tværs af sektorerne. Nedenfor er kort beskrevet indholdet i aftalerne, ligesom der er givet enkelte mere konkrete eksempler på, hvordan aftalerne udmøntes.

5.2.1 Samarbejde med de 22 kommuner

Sammenhæng kan kun skabes i et forpligtende, tæt og respektfuldt samarbejde mellem parterne i sundhedsvæsenet. Sundhedsaftaler danner rammer for et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region, kommuner og praksissektor. Aftalerne skal sikre sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af sektorerne, og bidrage til at sikre en ensartet kvalitet i sundhedsydelse for borgerne.

Sundhedsaftalerne i Region Syddanmark bygger på en fælles politisk vision 'Fælles Sundhed', som er vedtaget af regionsrådet og de 22 kommuner. Visionen og de konkrete sundhedsaftaler spiller på den måde også en væsentlig rolle i at understøtte Region Syddanmarks vision om at skabe sammenhæng.

Det fremgår af sundhedslovens, at regionsrådet i hver valgperiode skal indgå en sundhedsaftale med kommunalbestyrelsen i hver af kommunerne i regionen. Sundhedsaftalerne 2011-2014 mellem de 22 kommuner og regionen er 2. generation af sundhedsaftaler og bygger på de tidligere sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne er godkendt af regionsrådet januar 2011 og af Sundhedsstyrelsen marts 2011.

En sundhedsaftale består af en række grundaftaler, strategier og retningslinjer, som er fælles for alle kommuner samt specifikke aftaler indgået mellem den enkelte kommune og det enkelte sygehus/region. Sundhedsaftalerne udgør rammerne for det daglige samarbejde mellem sektorerne og beskriver snitflader, ansvarsfordeling og særlige fælles indsatsområder.

5.2.1.1 Vision 'Fælles Sundhed'

Sundhedskoordinationsudvalget har udviklet en vision for samarbejdet, som går på tværs af sektorerne. Udgangspunktet for visionen er, at regionen og kommunerne kun kan imødegå udfordringerne på sundhedsområdet ved at indgå en fælles vision og udvikle fælles politikker og strategier. Visionen sikrer en overordnet politisk ramme for sundhedsaftalerne, og udgør på den måde de politiske mål, som udviklingen i samarbejdet fremadrettet skal vurderes på, og som skal styre udviklingen i den rigtige retning.

Visionen er bygget op omkring to overordnede perspektiver, hvor der under hvert perspektiv er udfoldet 5 initiativer.

Disse er formuleret således:

- Borgere og patienter oplever sammenhæng:
 - Vi gør en aktiv indsats for lighed i sundhed
 - Vi bygger på borgernes ansvar for egen sundhed
 - Vi sikrer sammenhæng i forløbene
 - Vi prioriterer forebyggelse og rehabilitering
 - Vi udnytter mulighederne i telemedicin og velfærdsteknologi

- Samarbejde giver sammenhæng:
 - Vi samarbejder ud fra fælles værdier
 - Klar til et sundhedsvæsen i forandring
 - IT og velfærdsteknologi binder sundhedsvæsenet sammen
 - På vej mod fælles kvalitetsmål
 - Ny viden gennem udvikling og forskning

Visionens fælles initiativer er i løbet af 2012 blevet konkretiseret, og der følges op på implementeringen af visionen gennem løbende afrapportering til politikere i regionen og kommunerne.

Organisering af det tværsektorielle samarbejde

For at sikre, at sundhedsaftalerne omsættes til konkret handling, og at der kan leves op til den fælles politiske vision 'Fælles Sundhed', er der nedsat både politiske, administrative og faglige fora.

Sundhedskoordinationsudvalget- det politiske udvalg

Sundhedsloven foreskriver, at der skal være et politisk forum med repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis. Sundhedskoordinationsudvalgets opgaver består blandt andet i at:

- udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftaler,
- vurdere udkast til regionens sundhedsplan og bidrage med anbefalinger vedrørende sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksislæger og kommuner,
- drøfte emner af betydning for sammenhængen i behandlingsforløb og,
- informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold, der kan fremme sammenhæng i behandlingsforløb, der rækker ud over Region Syddanmark.

Det administrative kontaktforum – det overordnede tværsektorielle administrative udvalg

Det administrative kontaktforum (DAK), består af ledelsesrepræsentanter fra regionen, herunder sygehusene, samt fra kommuner og almen praksis. DAK fungerer som

sundhedskordinationsudvalgets administrative forum, som i praksis har det administrative og faglige ansvar for implementering af sundhedsaftalerne.

Faglige følgegrupper

Til at understøtte arbejdet i DAK er der nedsat forskellige faglige følgegrupper. Følgegrupperne har også repræsentanter fra alle sektorer, indenfor udvalgte faglige områder. Der er f.eks. tværfaglige følgegrupper indenfor genoptræning, indlæggelse og udskrivning (SamBo) og for fødeplanen.

De lokale samordningsfora

Omkring hver af de 4 somatiske sygehusenheder og den psykiatriske sygehusenhed, er der etableret såkaldte lokale samordningsfora. Disse består af ledelsesrepræsentanter fra sygehuset, fra de kommuner, som er primære optagekommuner til sygehuset, samt repræsentanter fra almen praksis.

De lokale samordningsfora har det konkrete ansvar for at sikre den lokale udmøntning af aftalerne, og det er hér, det mest direkte samarbejde mellem parterne foregår. De har blandt andet til opgave at sikre, at det daglige samarbejde omkring patientforløbene fungerer hensigtsmæssigt og i henhold til sundhedsaftalerne - og ikke mindst til patienternes bedste.

De lokale samordningsfora afrapporterer én gang om året en samlet status for samarbejdet til Sundhedskordinationsudvalget.

5.2.1.2 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen, som indgås med alle kommuner, indeholder aftaler på obligatoriske områder, som er fastsat af Sundhedsstyrelsen, samt aftaler indenfor områder, som aftalens parter har valgt at supplere med.

Sundhedsaftalen i Region Syddanmark indeholder følgende grundaftaler:

- Grundaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb (SamBo og Fødeplan)
- Grundaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser
- Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Grundaftale om tværsektoriel anvendelse af IT, telemedicin og velfærdsteknologier
- Grundaftale om værdier, samarbejde og organisering
- Grundaftale om deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet
- Grundaftale om indsats for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark
- Grundaftale om genoptræning
- Grundaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Grundaftale om samarbejdet om utilsigtede hændelser
- Grundaftale om kvalitet og opfølgning

Grundaftalerne danner rammer for hvorledes samarbejdet skal organiseres, planlægges og følges op og beskriver ansvarsfordelingen mellem sektorerne indenfor de forskellige områder.

I de følgende afsnit gives eksempler på grundaftalerne.

5.2.1.3 Grundaftalen om indlæggelse og udskrivning

SamBo

En meget vigtig opgave i samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger er samarbejdet omkring patienter/borgere i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Generelt samarbejdes der efter følgende principper:

- Udskrivningen starter ved indlæggelsen
- Koordinering og samarbejdet mellem sektorerne imellem afpasses det enkelte patientforløbs problemstillinger og kompleksitet. Jo mere kompleks - desto tættere samarbejde og koordinering
- Løbende og proaktiv dialog, som er understøttet elektronisk
- Patient-/borger- og pårørendeinddragelse i det konkrete forløb
- Ingen udskrives, uden det er aftalt på forhånd.

SamBo (Samarbejde om Borger/patientforløb) er en samarbejdsaftale som - ud over at skabe sammenhæng i forbindelse med indlæggelse/udskrivning på tværs af sundhedssektorer - skal sikre størst mulig inddragelse af patient og pårørende. Der er i forlængelse heraf udarbejdet retningslinjer for almen praksis, sygehuse og kommunerne, som bruges i forbindelse med patientens indlæggelse og udskrivning. SamBo er endvidere understøttet elektronisk, så samarbejdet og kommunikationen kan forløbe effektivt og rettidigt samt tilvejebringe relevante oplysninger.

Formålet med SamBo er bl.a., at borgeren skal opleve et sammenhængende forløb allerede fra hjemmet, hvor den praktiserende læge kontaktes, gennem udredningsfase, diagnostik og behandling på sygehuset, og helt til borgeren er tilbage i hjemmet igen med efterfølgende rehabilitering.

Udgangspunktet i SamBo er, at der laves en konkret vurdering af den enkeltes situation, så behandling og hjælp tilbydes ud fra behov. Borgeren/patienten støttes/hjælpes til egenomsorg og tilbydes rehabilitering i det omfang, det er relevant.

Fødeplan

Fødeplanen i Region Syddanmark blev godkendt af Regionsrådet i december 2010. Fødeplanen indgår i grundaftalen om indlæggelse og udskrivning. En væsentlig del af fødeplanen består i beskrivelsen af patient-/borgerforløb, der fastlægger den tværsektorielle kommunikation og samarbejdet ved graviditet- og fødselsforløb.

Fødeplanen beskriver tilbuddene til kvinden, barnet og familien i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Der lægges vægt på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde med og om familien, samt på koordinering af tilbuddene. Samtidig er fødeplanen også et opslagsværk primært rettet mod det sundhedspersonale, der i alle sektorer varetager opgaver med relation til graviditet, fødsel og barsel. Med fødeplanen ønsker Region Syddanmark at give et ensartet, trygt og sammenhængende tilbud på et højt niveau, både fagligt og organisatorisk, samt på den patientoplevede kvalitet.

5.2.1.4 Grundaftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelser

Under grundaftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelser, indgår en række samarbejdsaftaler. Den såkaldte samarbejdsaftale for psykiatrien er et eksempel på udmøntning af grundaftalen.

Samarbejdsaftalen beskriver:

- Et fælles værdisæt for indsatsen for mennesker med en sindslidelse og for samarbejdet, baseret på de nationale værdier for psykiatrien: Ansvar, faglighed og respekt.
- De grundlæggende præmisser for samarbejdet, herunder tildeling af kontaktperson, forpligtelse til informationsdeling, inddragelse af patient og pårørende mv.
- Fordeling af både det kommunale og regionale opgaveansvar, herunder hvilke opgaver den praktiserende læge skal løfte.
- Opgaveansvar for særlige målgrupper og patienter i gråzonen mellem kommunal og regional opgavevaretagelse.
- Et skitseret patientforløb hvor det beskrives, hvilke opgaver der varetages af hvem, hvilken kommunikation der er mellem parterne, samt hvordan patient og pårørende skal inddrages.
- Definition af færdigbehandling og varslingsfrister.

Aftalen fungerer som den overordnede ramme for det tværsektorielle samarbejde omkring patienter med sindslidelser og suppleres af specifikke samarbejdsaftaler for børne- og ungdomsområdet, demensområdet og området for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner.

Aftalen suppleres endelig – som på det somatiske område - af lokale specifikke aftaler indgået mellem de psykiatriske afdelinger og enkelte kommuner.

Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark

Som udspring af sundhedsaftalen vedr. indsatsen for mennesker med en sindslidelse er der udarbejdet en fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for denne målgruppe. Baggrunden for denne strategi er, at mennesker med en sindslidelse har en gennemsnitlig levealder op til 20 år kortere end den øvrige befolkning. 60 % af overdødeligheden i forhold til den almene befolkning skyldes fysiske sygdomme, mens 40 % skyldes selvmord, ulykker mv. Region Syddanmark samt kommunerne og almen

praksis i regionen ønsker at arbejde målrettet på at mindske uligheden i sundhed for mennesker med en sindslidelse.

Strategien indeholder en kortlægning af overdødeligheden blandt mennesker med en sindslidelse og en række konkrete indsatser, som regionen og kommunerne kan iværksætte for at forebygge og behandle livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. Endvidere fremgår det af strategien, at regionen og kommunerne i fællesskab skal implementere og følge op på strategien i de lokale samordningsfora.

Aktørerne i strategien (praktiserende læger, kommunerne, psykiatri, somatiske sygehuse samt patient- og pårørendeforeninger) skal hver især tage ansvar for, at mennesker med sindslidelser ved mistanke om livsstilssygdom får tilbudt relevant forebyggelse og/eller behandling af livsstilssygdomme, og ved behov følges til næste relevante tilbud – det være sig psykiatrisk, somatisk eller socialt tilbud.

For at styrke den fælles indsats indeholder strategien særligt fem indsatsområder, som gruppen af aktører skal forholde sig til:

- Viden og uddannelse
- Politikker
- Screening for og opfølgning på KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion)
- Forebyggelsestilbud
- Indsatser med henblik på at fastholde patienten i et forebyggelses- og/eller behandlingsforløb.

Strategien blev vedtaget i december 2012 i Region Syddanmark. I 2013 arbejdes der på implementering af konkrete tiltag på tværs af sektorer.

5.2.1.5 Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Region, kommune og almen praksis har et fælles ansvar for at udvikle og sikre sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser. Kommunerne har ansvaret for størstedelen af de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, blandt andet ved at skabe rammer for at borgerne kan leve sundt, og ved at varetage den patientrettede forebyggelse i samarbejde med regionen.

Regionen har en lovpligtig opgave i at rådgive kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme. Derudover har regionen ansvaret for den del af forebyggelsen, som finder sted i tilknytning til patientbehandlingen i almen praksis og på sygehusene.

Som en del af regionens rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne, gennemføres igen i 2013 en stor spørgeskemaundersøgelse om sundhedstilstanden blandt regionens borgere⁸. Regionen indsamler og analyserer data og formidler resultaterne til

⁸ Se den regionale befolkningsundersøgelse i forbindelse med sundhedsprofilen 2010: 'Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010': <http://www.regionsyddanmark.dk/wm332863>

kommunerne. Resultaterne fra sundhedsprofilerne skal blandt andet indgå i sektorenes fremadrettede arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse.

Overordnet beskriver grundaftalen ansvars- og arbejdsdeling på området samt aftaler om indsats målrettet særlige målgrupper, herunder mennesker med kronisk sygdom og mennesker med sindslidelser. Fokus er her på en tidlig opsporing og igangsættelse af relevante initiativer så tidligt som muligt i sygdomsforløbet.

5.2.1.6 Grundaftale om tværsektoriel anvendelse af IT, telemedicin og velfærdsteknologier

Tværsektoriel it-strategi

Region Syddanmark og de 22 kommuner har i 2012 indgået aftale om en ny fælles tværsektoriel IT-strategi, som bygger videre på den aftale, der blev indgået i 2007 om blandt andet at etablere et digitalt fællesskab mellem kommuner, sygehuse og almenpraksis om det sammenhængende borger- og patientforløb.

Formålet med it-understøttelse af det tværsektorielle samarbejde er, at:

- etablere et redskab til understøttelse af det tværsektorielle samarbejde,
- understøtte kvalitet og patientsikkerhed,
- medvirke til at optimere arbejdsgangene,
- sikre at de rette data om patienten aktuelt er tilgængelige for den behandler, der har ansvaret for patienten og,
- styrke patientens mulighed for at blive en aktiv part i behandlingen og at tage vare på egen sundhed og behandling.

Den nye tværsektorielle it-strategi skal sikre en fortsat visionær og proaktiv tilgang til videreudvikling af digitaliseringen samt anvendelse af it og velfærdsteknologi og dermed understøtte arbejdet og samarbejdet for samtlige centrale aktører: de 22 kommuner, regionens sygehuse samt praksisområdet. Desuden skal strategien understøtte udvikling af løsninger, som muliggør behandling og rehabilitering i eget hjem og samtidig styrker patientens mulighed for at tage et større ansvar, og i højere grad sikre inddragelse af patienten i behandlings- og rehabiliteringsforløb. Strategien bygger videre på allerede opnåede resultater og skitserer nye indsatsområder. De nye principper i it-strategien er:

- Forskellige teknologier til forskellige behov
- Rette data til rette instans på rette tid
- Anvendelse af nationale standarder

Der er herunder opstillet handleplaner i form af et projektkatalog med 14 projekter for videreudvikling i de kommende år til gavn for borgerne og sundhedsområdets aktører. Digitaliseringen omfatter elektronisk kommunikation, telemedicin og velfærdsteknologi.

De konkrete projekter vil blive igangsat gradvist i perioden 2012 og frem til og med 2014.

5.2.2 Praksisudviklingsplaner

I de følgende afsnit beskrives planer for almen praksis, speciallægepraksis samt praksisplaner for øvrige områder.

5.2.2.1 Almen praksis

Første kontakt med sundhedsvæsenet sker i langt de fleste tilfælde hos den privatpraktiserende læge (egen læge eller vagtlæge), og den praktiserende læge håndterer også langt de fleste henvendelser i sundhedsvæsenet. Kun ca. 10 % af henvendelserne til almen praksis viderehenvises til udredning og behandling hos speciallæge eller på sygehus.

Egen læge spiller ikke alene en væsentlig rolle i patientens primære kontakt til sundhedsvæsenet. Også i rehabiliteringsforløbet er egen læge en værdifuld part i forhold til sammenhængende patientforløb. Egen læge modtager lægebrev (epikrise) fra sygehuset efter endt undersøgelse/behandling, er i kontakt med kommunen i forbindelse med rehabiliteringsforløb/støtte og pleje i hjemmet. Egen læge er derfor en nøgleperson for patienten og en koordinator i overgange mellem de forskellige sundhedstilbud. Almen praksis er således en af hjørnestenene i samarbejdet på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

For at sikre, at der er et udbygget tilbud om lægehjælp i hele regionen, hvor alle borgere har en privatpraktiserende læge inden for rimelig afstand fra bopælen og for at understøtte udviklingen af almen praksis, udarbejdes der en praksisudviklingsplan. Det fremgår af landsoverenskomsten om almen praksis.

Praksisudviklingsplanen er det overordnede lokale planlægningsværktøj, som konkretiserer de rammer, der er lagt i landsoverenskomsten. Planen udarbejdes i et samarbejde mellem regionen, repræsentanter fra almen praksis og kommunerne i regionen, sådan at de lokale forhold i regionen er bærende for prioriteringen af udviklingen i Region Syddanmark.

Formålet med praksisudviklingsplanen er således primært at give et detaljeret indblik i almen praksis i regionen, et overblik over lægedækningen i de enkelte kommuner samt perspektiver for den videre udvikling af almen praksis.

I praksisudviklingsplanen beskrives fakta vedrørende lægedækningen i almen praksis i regionen ud fra:

- Karakteristika (f.eks. struktur og udvikling i strukturen)
- Antal praksis samt praksisform
- Antal læger, deres alder, køn m.m.
- Forbrug og produktion af ydelser indenfor praksisområdet.

Ud over at sikre bred lægedækning i regionen og understøtte den strukturelle udvikling i praksissektoren, forholder planen sig til rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger. Dette sker bl.a. med henblik på at sikre, at samarbejdsudvalget (som har repræsentation fra region, kommuner og praktiserende læger) i god tid identificerer

områder, hvor der kan forventes lægedækningsproblemer (denne del af planen forelægges samarbejdsudvalget en gang årligt).

Samtidig har praksisudviklingsplanen fokus på fremtiden og visionerne for, hvad almen praksis skal kunne tilbyde i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen i planperioden, herunder hvilke udviklingsfelter, der skal sættes på i den kommende planperiode.

Endelig indebærer praksisudviklingsplanen en implementeringsplan, så opgaverne i forbindelse med realisering af visionerne fordeles mellem aftalens parter, så det er tydeligt, hvor ansvaret for opgaverne er placeret.

Rekruttering

For at understøtte en fortsat bæredygtig struktur i almen praksis og i erkendelse af, at det er svært at tiltrække yngre læger til at købe praksis i yderområderne, arbejdes der i regionen målrettet med rekruttering af læger til disse områder.

Region Syddanmark og PLO-Syddanmark har i sommeren 2012 færdiggjort et omfattende udviklingsprojekt med henblik på at styrke rekrutteringen til almen praksis i regionen, og der er nu vedtaget en rekrutteringsindsats, der skal løbe i en 3-årig periode frem til 2015. Indsatsen gennemføres på baggrund af et rekrutteringskatalog og 18 rekrutteringsinitiativer, der er implementeret fra oktober 2012.

Disse skridt tages for, at det bliver så let som muligt for lægen - evt. med en familie – at etablere sig i en ny landsdel. Der er tale om både økonomiske tiltag, som f.eks. tilskud til flyttehjælp, særlige vikarordninger, adgang til særlige kurser og ikke-økonomiske tiltag, så som tilbud om faglige fællesskaber med mulighed for sparring med kollegaer samt velindrettede lokaler.

5.2.2.2 Delplaner for speciallægepraksis

Ligesom for praksisudviklingsplanen for almen praksis skal delplanerne for speciallægepraksis sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den ambulante speciallægepraksis i regionen. Planerne skal medvirke til at fremme samarbejdet og koordineringen med det øvrige sundhedsvæsen, ligesom de skal medvirke til at sikre den faglige kvalitet i praksis samt en god service til regionens borgere.

Der er udarbejdet praksisplaner for tre store somatiske specialer (oftalmologi, otologi, dermatologi) samt et psykiatrisk speciale. For disse fire store specialer, hvor hele behandlingsforløbet eller en relativt stor del af behandlingsforløbet foregår i praksissektoren, er planlægningen koordineret med sygehusplanlægningen således, at de praktiserende speciallægers kapacitet på konkrete områder supplerer den kapacitet, der er på de tilsvarende sygehusafdelinger.

Der er udarbejdet delplaner for de øvrige specialer (kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi, reumatologi, neurologi, intern medicin, pædiatri, plastikkirurgi, anæstesiologi, patologi), hvor en række opgaver løses i såvel praksis som i sygehusregi. Disse delplaner fastlægger de overordnede principper for kapaciteten i speciallægepraksis og skal fungere som retningslinjer for administrationen af praksisforholdene i planperioden.

Praksisplanerne består dels af afsnit, som vedrører kapaciteten, og som beskriver en række forskellige forhold, der har betydning for kapaciteten. Afsnittene beskriver dels den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis i dag, herunder geografisk placering af praksis, bestemmelser omkring minimumsomsætning og knækgrænser samt udvikling i ydelser og udgifter mv. Dels vurderes den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis samt den samlede ambulante speciallægebetjening og arbejdsdeling. Endvidere beskrives i planen fastlæggelse af principper for kapacitetsstyring herunder nynedsættelser, flytning samt nedlæggelse af praksis. Endelig beskrives overvejelser og anbefalinger vedrørende samarbejde og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

5.2.2.3 Praksisplan for øvrige områder

Ud over planer for almen praksis og speciallægepraksis er der udarbejdet praksisplaner for fysioterapi, kiropraktik og fodterapi. Det fremgår af de pågældende overenskomster, at regionen og kommunerne i regionen skal lave en fælles plan for at sikre betjeningen i regionen. Praksisplanerne har fokus på regionens sundhedspolitiske målsætninger om kvalitet, nærhed og samordning.

5.2.3 Sundhedshuse

I marts 2011 gav Indenrigs- og Sundhedsministeriet tilsagn om milliontilskud til etablering af sundhedshuse i Region Syddanmark. Der er tale om et samarbejde mellem det kommunale niveau og regionale niveau, herunder praksissektoren.

Formålet med sundhedshusene er primært, at de skal fungere som sundhedscentre og sikre nære sundhedstilbud i udkantsområder. Sundhedshusenes indhold er forskelligt. De store huse rummer almen praksis, jordemoder, de kommunale sundhedstilbud, inkl. fysioterapi og genoptræning, jobcenter, praktiserende psykologer og fysioterapeut samt det kommunale misbrugs- og psykiatriområde. De mindre huse indeholder alene almen praksis, jordemoder, de kommunale sundhedstilbud, inkl. fysioterapi og genoptræning.

Ved at samle tilbuddene ét sted, er det hensigten med sundhedshusene, at de skal være platform for den borgernære sundhedsindsats. Her skal en samling af de lokale sundhedstilbud medvirke til at give den enkelte borger et sammenhængende tilbud og skabe tryghed i nærområdet.

Samtidig skal etableringen af sundhedshuse også medvirke til at gøre det mere attraktivt for yngre læger at slå sig ned i de pågældende udkantsområder.

Der er givet midler til, at regionen og kommunerne i samarbejde kan etablere sundhedshuse i:

- Rudkøbing i Langeland kommune (klar til ibrugtagning feb. 2014)
- Skærbæk i Tønder kommune (klar til ibrugtagning medio 2014)
- Nordborg i Sønderborg kommune (klar til ibrugtagning april 2014)
- Bogense i Nordfyn kommune (klar til ibrugtagning sept. 2013)
- Ærøskøbing på Ærø (klar til ibrugtagning sept. 2013)

Marstal på Ærø (klar til ibrugtagning aug. 2013)

Samarbejdet i sundhedshusene skal hvile på fire hjørnesteen:

- Forebyggelse
- Rehabilitering
- Den deltagende borger
- Samarbejde på tværs.

Sundhedshusene bliver hjemsted for mange forskellige aktører med forskellige kulturer og behov, men alle med det samme mål, nemlig at give sammenhængende lettilgængelige tilbud indenfor det nære sundhedsområde. Det er desuden et mål, at patientforløbene udvikles i et tæt tværfagligt samarbejde mellem husets aktører. Sundhedshusene skal således fungere som andet og mere end bofællesskaber, hvorfor der arbejdes aktivt for at opnå en positiv effekt i form af nærhed, blandt andet med et sundhedstilbud som Integrated care (beskrives i afsnit 5.2.4). På den baggrund er det afgørende, at der udbydes sundhedsaktiviteter fra flere aktører i sundhedshusene.

Region Syddanmark vil gerne i samarbejde med kommunerne udbrede modellen med at etablere sundhedshuse til andre end de ovennævnte kommuner - hvor det findes relevant, og hvor der er fælles kommunal og regional opbakning til sådan et projekt. I skrivende stund foregår en dialog mellem Region Syddanmark og Haderslev, Fredericia samt Tønder (i Toftlund) kommuner om at etablere sundhedshuse.

5.2.4 Perspektiver for arbejdet med ydre sammenhæng de kommende år

I afsnittet ovenfor er beskrevet hvilke indsatser, aftaler m.v., der allerede fungerer i dag. Dette afsnit beskriver indledningsvis de overordnede rammer for den ydre sammenhæng de kommende år og giver herefter en række eksempler på konkrete indsatser, som er på vej og under udvikling.

Rammerne for samarbejde og sammenhæng

De nuværende sundhedsaftaler løber fra 2011-2014. Selv om der stadig er længe til, er forberedelsen af den næste generation af sundhedsaftaler allerede begyndt. Første skridt er udarbejdelse af en ambitiøs vision for fremtidens tværsektorielle sundhedssamarbejde. En vision som forventes at rumme konkrete målsætninger for det fælles arbejde på tværs af sektorer og en vision, som kan danne udgangspunkt for formulering af nye sundhedsaftaler. Arbejdet sker i regi af Sundhedskoordinationsudvalget.

Opfølgningen på de nuværende sundhedsaftaler og den nuværende tværsektorielle vision har vist, at samarbejdet på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis er konstruktivt og velfungerende. Der er derfor et solidt og stabilt fundament at bygge videre på i det fremtidige arbejde. Det er dog nødvendigt, at sundhedsaftalerne bliver mere forpligtende for alle parter, hvis samarbejdet for alvor skal flytte sig.

Evaluerings af kommunalreformen understreger, at sundhedsaftalerne fungerer effektivt som redskab til at skabe sammenhæng, men at der også er plads til forbedringer på nogle områder. Evalueringen viser desuden, at den nuværende struktur på sundhedsområdet på

langt de fleste områder er hensigtsmæssig. De strukturelle rammer for samarbejdet danner således et godt udgangspunkt for næste generation af sundhedsaftaler. Det samme gør det velfungerende syddanske sundhedssamarbejde.

Nye samarbejdsformer

Til trods for en anerkendelse af at den nuværende struktur og organisering på sundhedsområdet i store træk fungerer hensigtsmæssigt, giver det på nogle områder mening at afprøve nye og tættere samarbejdsformer, bl.a. i erkendelse af, at sammenhæng skabes gennem forpligtende samarbejde. Derfor vil Region Syddanmark også fremadrettet tage initiativer til og indgå aktivt i den videre udvikling af den ydre sammenhæng i tæt samarbejde med kommuner og praksissektoren. Der er allerede i dag besluttet en række visionære projekter, der skal afprøve nye og innovative metoder til et fortsat styrket sundhedssamarbejde. Det gælder bl.a. projektet om *Integrated Care*. Der iværksættes i 2014 mindst endnu et stort samarbejdsprojekt til udvikling af nye samarbejdsformer mellem sektorerne.

Integrated Care

Region Syddanmark er undervejs med et partnerskabsprojekt om *Integrated Care* i samarbejde med Odense Kommune. Kommune, almen praksis og sygehusene indgår i et forpligtende samarbejde omkring patienten, der skal opleve kvalitet og sammenhæng i forløbet samt at blive hjulpet af ét samlet sundhedsvæsen. Målet er at nå frem til et mere integreret samarbejde om patientforløb, ved at fagpersoner mødes på tværs af fag og sektorer og sammen med borgeren/patienten udarbejder en plan for behandling og rehabilitering.

Projektet tager udgangspunkt i to udvalgte patientgrupper; 1) Borgere på sygedagpenge på grund af stress, angst og/eller depression og 2) Den ældre medicinske patient/sårbare ældre. De to grupper er valgt ud fra, at det er store patientgrupper, som har et væsentligt behov for støtte i alle tre sundhedssektorer.

Det nære sundhedsvæsen

I foråret 2012 lancerede såvel Danske Regioner som KL et udspil om visioner for det nære og hele sundhedsvæsen. I Region Syddanmark har begge udspil været drøftet mellem region og kommuner såvel politisk som administrativt. Kommuner og regionen er enige om, at der på tværs af sektorer er en fælles dagsorden om og fælles interesse i at udnytte ressourcerne i det nære sundhedsvæsen bedst muligt og anvende dem dér, hvor der er størst behov. Andet giver ikke mening, hverken fagligt eller økonomisk. Fælles fokus er på forebyggelse, tidlig opsporing, dæmpet vækst, udsatte grupper, øget anvendelse af velfærdsteknologi, nye samarbejdsformer m.v. Flere af disse elementer rummes i projektet om "Tidlig opsporing og forebyggelse".

Projekt "Tidlig opsporing og forebyggelse"

Region Syddanmark har igangsat et stort udviklingsprojekt om tidlig opsporing og forebyggelse. Projektet udvikles i samarbejde med almen praksis, kommuner og forskningsinstitutioner. Projektet, der er et 3-årigt forskningsprojekt, har netop til formål at opspore sygdom så tidligt som muligt og at målrette indsatsen hos både almen praksis og kommuner til patienter/borgere med størst behov samt at intensivere samarbejdet mellem

almen praksis og kommunerne. Projektet forventes at starte i løbet af 2014 og involverer ca. 120.000 personer i alderen 30-49 år.

Sundhedshuse

Region Syddanmark arbejder, i samarbejde med kommunerne, videre med at udbrede modellen med at etablere sundhedshuse, hvor det findes relevant og med det indhold, der findes relevant de pågældende steder, samt hvor der er fælles kommunal og regional opbakning til det.

Fælles it-understøttelse

Sammenhængende og veltilrettelagte patientforløb stiller krav om effektiv elektronisk kommunikation og dataudveksling. Region Syddanmark er undervejs med en platform, hvor patientdata kan deles på tværs af sektorer, kaldet *Shared Care Platform*.

Shared Care Platform

Shared Care Platformen er en tværsektoriel internetbaseret platform for de sundhedsfaglige parter i Region Syddanmark, som har det tværsektorielle behandlingsansvar for patienter med kronisk sygdom. Formålet med platformen er bl.a. vidensdeling og kommunikation mellem parterne.

Shared Care Platformen afprøves på hjerteområdet i samarbejde med kommuner, sygehuse og praktiserende læger.

Den internetbaserede Shared Care Platform gør det muligt at dele patientdata mellem sektorerne og med patienten selv. Formålet med platformen er at understøtte behandlingen af patienter, hvor flere sektorer skal bidrage til og understøtte patientens forløb. Samtidig er det muligt at inddrage patienten i egen behandling. Regionen forventer at udrulle Shared Care Platformen til andre områder med hensyn til at understøtte det tværsektorielle samarbejde omkring andre komplekse sygdomme.

Shared Care Platformen indgår desuden i EU-projektet SmartCare, hvor 24 regioner ud af i alt 41 partnere fra EU deltager. SmartCare er et 3-årigt projekt, som omhandler storskala evaluering (MAST) af velfærdsteknologi udrullet i 10 regioner.

6 Patientinddragelse og lighed i sundhed

Patientinddragelse indgår som et centralt element i Region Syddanmarks vision. Her tydeliggøres, at:

"Du tager ansvar for din sundhed, sammen tager vi hånd om din sygdom"

Som en naturlig konsekvens af visionens fokus på aktiv inddragelse af patienten indtager temaet også en central plads i 'Strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2011 – 2014' (jf. afsnit 7.1.1). I 2012 har patientinddragelse været udpeget som et særligt indsatsområde for sundhedsvæsenet i Region Syddanmark.

Der står i Sundhedsloven, at der skal være let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det giver regionen et ansvar for at tilrettelægge ydelserne i forståelse for den enkelte borgers ressourcer og livssituation.

I sundhedsvisionen gøres det derfor også helt klart, at al behandling i Region Syddanmark tager udgangspunkt i en fri og lige adgang for alle borgere. Der lægges vægt på, at lighed i sundhed opnås, når der i forebyggelse og behandling tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov og forskellige ressourcer.

Det er også vigtigt at tage højde for i arbejdet med at inddrage patienter og pårørende i patienternes forløb.

6.1 Fra passiv til aktiv patientinddragelse

Patientinddragelse har hidtil fokuseret på passive metoder til inddragelse, eksempelvis information om behandlingsgarantier, behandlingssteder og behandlingstider. Derudover er der ofte anvendt indirekte metoder til at afdække patienternes behov for inddragelse fx spørgeskemaundersøgelser, hørings svar fra patientforeninger o. lign.

I dag forventer mange patienter noget andet og mere, blandt andet en mere aktiv deltagelse i egen behandling og forløb. Samtidig kan det moderne sundhedsvæsen have stor gavn af en mere oplyst og aktiv patient, der bidrager med oplysninger og feedback. Dels for at fastholde høj kvalitet, udvikle service og indrette sygehusene, og dels til at imødekomme patienternes behov. Samtidig vil det også give sundhedsvæsenet bedre muligheder for at tilpasse behandling og pleje til den enkelte patient – ikke mindst til gavn for de patienter med behov for ekstra pleje og omsorg.

Skal patienternes ressourcer udnyttes, er det i nogle tilfælde også relevant at inddrage de pårørende, da de ofte er patienternes største ressource. Hvor sundhedsvæsenet oftest kun møder patienten kortvarigt, så er den nære pårørende sammen med patienten i et langt større omfang. Den pårørende kan derfor være en vigtig samarbejdspartner i det sammenhængende patientforløb.

Patientens ressourcer og indsigt i egen sygdom og livssituation er en betydelig potentiel ressource i patientens behandlingsforløb. Det er vigtigt at huske, at patienten er ekspert i eget liv. Ved at inddrage og anvende patienternes ressourcer er der potentiale for en række gevinster – både for sundhedsvæsenet og for patienten. Disse gevinster er bl.a. større tilfredshed, bedre compliance (patientens efterlevelse af råd og vejledning), større sikkerhed for patienten og et potentiale for at kunne målrette personalets indsats efter patienternes individuelle behov.

I arbejdet med patientinddragelse kan der også drages nytte af de nye teknologiske muligheder, hvor telemedicin og velfærdsteknologi giver nye muligheder for at inddrage patienter mere aktivt i behandling, pleje og rehabilitering. Dette gælder blandt andet i forhold til borgere med kroniske sygdomme, hvor alt tyder på, at antallet fortsætter med at stige. Hjemmebehandling, online træning, elektronisk booking og andre teknologiske løsninger bliver dermed et led i en mere aktiv patientinddragelse, som samtidig kan bidrage til at løse de kommende års udfordringer i forhold til at sikre et godt tilbud til alle borgere med kronisk sygdom.

6.1.1 Eksempler på hvordan Region Syddanmark arbejder med patientinddragelse

I Region Syddanmark har alle sygehuse igangsat indsatser og projekter om patientinddragelse. En nylig opgørelse over igangværende aktiviteter på regionens sygehuse viser, at mangfoldigheden er stor. Nedenfor anføres en række eksempler indenfor henholdsvis somatik og psykiatri.

Indenfor somatikken:

- Patientinddragelse i udskrivningssamtaler med videokonference med hjemkommunens medarbejdere om overgang til eget hjem.
- Aktiv uddannelse af patienter til at indgå i udviklingen af sygehuse, herunder direkte deltagelse i beslutningsprocesser om indretning af hospitaler, sengestuer, parkeringsområder, kostplaner, etc.
- Dialogbaseret stuegang, hvor patient og pårørende klædes grundigt på til (om ønsket) mere aktivt at træffe beslutninger om egen behandling og rehabilitering.
- Udskrivningssamtaler, hvor patienten genfortæller, hvad vedkommende har hørt med henblik på aktivering af patientens ressourcer samt en mere sikker dialog og formidling af information.
- Besvarelse af spørgeskema ved udskrivelse via Info-standere, håndholdte PC'er mv.
- Møder med patientforeninger, brugerråd og brugerpaneler.
- Kommunikationskurser for de sundhedsfaglige grupper.

Indenfor psykiatrien:

- Hjemmesiden www.ungmedskizofreni.dk, der er udviklet af Børne- og Ungdomspsykiatri.

- Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding og Kolding Kommune: Ny samarbejdsmodel ved mistanke om psykiatrisk problemstilling hos børn. Modellen introducerer bl.a. det tværsektorielle Barnets Team, der i samarbejde med forældrene står for en koordineret udredning og behandling.
- DIPA (Den Integrative Psykiatriske Afdeling), den syddanske version af det nationale projekt DGPA (Den Gode Psykiatriske Afdeling): DIPA's fokus er blandt andet at skabe integrerede patientforløb ved at forbedre samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og den kommunale psykiatri og ved at samarbejde med patient og pårørende.
- Etablering af lokale PsykInfo'er, hvor der ansættes medarbejdere med brugerbaggrund.
- Patientambassadører i forbindelse med EN AF OS-kampagnen, PsykInfo : PsykInfo uddanner og inddrager et antal ambassadører med brugerbaggrund. Ambassadørerne skal i samarbejde med PsykInfo og sygehuset medvirke til at afstigmatisere psykisk syge og psykisk sygdom.
- Psykiatrisk Dialogforum – et forum, hvor patient- og pårørendeorganisationer er i direkte dialog med regionsrådspolitikere og repræsentanter fra psykiatrisygehuset.
- Patientkommunikation på borgerens betingelser: Patientens Vej – en webbaseret vejviser for patienter og pårørende.

Patient- og pårørendepolitik, psykiatri

I et bilag til *'Fremtidens Psykiatri'* blev patient- og pårørendepolitikken for psykiatrien vedtaget i december 2007.

Formålet med planen er at sikre inddragelse af og dialog med patienter og pårørende på alle niveauer, og planen beskriver både patient- og pårørendepolitik, samarbejdsstruktur og uddannelsesaktiviteter.

Patient- og pårørendepolitikken er baseret på værdierne respekt, faglighed, ansvar, empati, åbenhed, tydelighed og lydhørhed.

Politikken er formuleret som et skema, hvor man kan se, hvad man som patient og pårørende kan forvente af psykiatriens personale. Derudover er opstillet en række ønsker fra personalet til patienter og pårørende.

Der er som følge af vedtagelse af politikken:

- nedsat et rådgivende og debatskabende forum: Psykiatrisk Dialogforum på regionalt niveau med deltagelse af repræsentanter fra patientforeninger og regionsrådspolitikere,
- etableret et lukket debatforum for foreningsrepræsentanter i dialogform og,
- skabt synlig og målrettet informationsfunktion såvel lokalt som regionalt for både patienter, pårørende og fagpersonale i regi af psykiatrisk informationscenter www.psykinfo.dk.

Herudover gennemføres der uddannelsesaktiviteter for både patienter, pårørende og personale.

Patientinddragelse på regionsniveau

I Region Syddanmark er der nedsat forskellige råd med primær fokus på at have patientperspektiv på sundhedsarbejdet i regionen. Deltagerkredsen er sammensat af politikere og repræsentanter for forskellige patientforeninger og ældreråd. Psykologisk Dialogforum er nedsat som brugerråd for psykiatrien (som nævnt ovenfor), og på det somatiske område sker arbejdet i Sundhedsbrugerrådet.

Psykiatrisk Dialogforum og Sundhedsbrugerrådet følger løbende arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse, og alle borgere (brugere/patienter og pårørende) kan henvende sig med gode ideer og generelle problemstillinger.

6.2 Balance mellem standardisering, ressourcer og patienternes behov

Sundhedsvæsenet er i dag indrettet efter standarder og retningslinjer med det mål at sikre et effektivt forløb både tidsmæssigt og økonomisk. Dette harmonerer ikke altid med patienternes ønske om individuelle hensyn, større dialog samt mulighed for at inddrage pårørende i deres beslutningstagning. Udfordringen er at finde en balancegang mellem kravet om standardisering, hurtige og effektive forløb, de til rådighed værende ressourcer og patienternes behov.

Ledelsesmæssigt kræver ovenstående, at der satses på uddannelse af de sundhedsprofessionelle. Emner som etik og mellemmenneskelige relationer skal vægtes i såvel uddannelse som i daglig praksis.

Samtidig er der stor forskel på patienters ressourcer. Derfor er det afgørende at tage udgangspunkt i den enkelte patient og stille realistiske forventninger, der ikke lægger et unødigt pres på patienten.

6.3 Lighed i sundhed

Som det fremgår af kapitel 2, er der patientgrupper, som er mere ramt af sygdom, og som har kortere levetid end andre. Spørgsmålet er om sundhedsvæsenet har de rigtige tilbud til disse grupper, og om der kan gøres mere for at finde nogle løsninger, der kan bidrage til at fremme lighed i sundhed.

Derfor gør regionen det til et mål at fremme lighed i sundhed. Ved formulering af sådan et mål skal der findes en balance mellem det at gøre brug af muligheden for at indrette særlige løsninger til bestemte grupper for at bekæmpe ulighed, og på den anden side sikre generelt større rummelighed i sundhedsvæsenet. I nogle tilfælde kan der være behov for særlige indsatser, og i andre tilfælde skal ligheden i sundhed fremmes indenfor de eksisterende rammer.

På politisk niveau har Regionsrådet i 2010 nedsat en følgegruppe for ligestillingsarbejdet i Region Syddanmark. En af følgegruppens opgaver er at komme med anbefalinger til, hvor der mest hensigtsmæssigt kan sættes ind for at nedbringe uligheden i sundhed. Der er blevet peget på udvalgte initiativer, som regionen skal arbejde videre med, herunder

forebyggende helbredsundersøgelser samt fokus på somatiske sygdomme hos mennesker med sindslidelse.

Eksempler på hvordan Region Syddanmark arbejder med at fremme lighed i sundhed

Projekt *'Tidlig Opsporing og Forebyggelse'* (jf. afsnit 5.2.4) er et eksempel på en indsats der - ved at opspore sygdom så tidligt som muligt hos borgerne samt identificere borgere med behov for en forebyggende indsats - også bidrager til at fremme ligheden i sundhed.

Den tidligere nævnte *'Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme – for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark'* (jf. afsnit 5.2.1.4) er iværksat med henblik på at forebygge og behandle livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse, og hermed bidrage til at mindske uligheden i sundhed for disse mennesker.

Begge initiativer er desuden eksempler på, hvordan regionens arbejde med at sikre sammenhæng i patientforløb via det tværsektorielle samarbejde (jf. afsnit 5.2) også adresserer målet om at skabe lighed i sundhed.

6.4 Perspektiver for arbejdet med patientinddragelse og lighed i sundhed de kommende år

Patientinddragelse

Det er Region Syddanmarks vision, at både regionen, patienter og pårørende tager ansvar for det gode patientforløb i en ligeværdig og nærværende dialog, hvor patient og pårørende bliver set, hørt og inddraget.

Der findes forskellige metoder og måder at arbejde med patientinddragelse på, og der er ikke én af dem, som er mere rigtig. Der skal således være lokalt råderum for udvikling af nye metoder til, hvordan patienter kan inddrages og understøttes i at tage ansvar for egen sundhed. Det er vigtigt, at hver driftsenhed i regionen fremadrettet arbejder med at skabe endnu bedre muligheder for at inddrage patienter og pårørende i forebyggelse, behandling og genoptræning, og at der arbejdes med løsninger for patientinddragelse, som er tilpasset den enkelte patient.

Lighed i sundhed

Der vil i de kommende år blive sat særlig fokus på ulighed i sundhed for mennesker med sindslidelse. Dette vil udmønte sig i, at psykiatriske patienter screenes for livsstilssygdomme, og i nye samarbejdsformer mellem sektorerne om psykiatriske patienter med somatiske sygdomme. Dette er for at bidrage til, at forskellen i levetid for borgere med sindslidelse og befolkningen som helhed formindskes i Region Syddanmark.

På det somatiske område er der behov for at styrke det regionale vidensgrundlag om ulighed i sundhed blandt store sygdomsgrupper. Derfor kan det overvejes at gøre forskning i ulighed til et særligt forskningsområde i regionen. Området er allerede nævnt i Region Syddanmarks politik for sundhedsforskning (jf. afsnit 6.4.1). Der kan dog være et behov for at sætte mere fokus på ulighed i sundhed som et forskningsområde, så regionen

kan tage flere initiativer til, og målrette indsatsen for, at reducere uligheden i sundhed blandt store sygdomsgrupper.

7 Kvalitetsudvikling, sundhedsinnovation og forskning

Kvalitet skabes i klinikken, i mødet mellem sundhedspersonalet og patienten. At levere god kvalitet for patienten handler også om at prioritere den mest effektive og nyttige indsats for patienten og basere valg og ydelser på et opdateret videnskabeligt grundlag i det omfang, det er muligt.

I dette kapitel beskrives Region Syddanmarks arbejde med kvalitetsudvikling.

Desuden beskrives regionens satsning på og arbejde med sundhedsinnovation og forskning.

7.1 Kvalitetsudvikling

Kvalitet i behandlingen og hensynet til at gøre det bedste for patienten er et af pejlemærkerne i sundhedsvisionen:

'Vi giver rette behandling, der tager afsæt i patientens sygdom, ønsker og ressourcer. Region Syddanmark baserer patientbehandlingen på nyeste viden og tilstræber højeste faglige standard. Patient og pårørende oplever, at vi gør det godt'

7.1.1 Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark 2011-2014

Den strategiske retning for udviklingen af kvaliteten i både det psykiatriske og det somatiske sundhedsvæsen er lagt i *'Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i Region Syddanmark 2011-2014'*, som blev vedtaget i regionsrådet i februar 2011. Strategien ligger frem til 2014 i forlængelse af kvalitetsarbejdet i *'Strategi- og handleplan for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet 2007-2010'* og understøtter samtidig de nationale krav i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Formålet med kvalitetsstrategien er at identificere og prioritere centrale indsatsområder, som har afgørende betydning for, at Region Syddanmark i årene fremover kan vise synlige og dokumenterbare resultater i forhold til de mål og rammer, der er opstillet indenfor kvalitetsudvikling.

Herudover er det hensigten med strategien, at det fremover i højere grad skal være muligt at handle på baggrund af aktuelle og valide data samt ud fra metoder, der er evidens for virker. Det skal således være muligt indenfor en kort årrække at dokumentere en reel positiv effekt på kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser på baggrund af et øget fokus på kvalitetsudvikling.

Via en omfattende politisk, ledelsesmæssig og klinisk involvering er der i strategien identificeret 6 overordnede strategiske indsatsområder:

1. **Høj kvalitet i kerneydelserne og løbende monitorering af kvaliteten:** Der skal ske en systematisk og løbende måling af kvaliteten af ydelserne for at sikre et dokumenteret højt kvalitetsniveau. Målingerne skal systematisk bruges til at prioritere, hvor indsatsen skal forbedres, og dette skal følges op af ledelsesmæssige og faglige tiltag, der sikrer fremdrift i kvaliteten af ydelserne.
2. **Ledelse – en afgørende forudsætning for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet:** En forudsætning for at have succes med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er, at ledere på alle niveauer aktivt inddrager hensynet til kvalitetsudvikling i ledelsesopgaven.
3. **Læring fra viden til handling:** Det er helt centralt, at sundhedsvæsenet bliver bedre til at implementere den viden, der forbedrer kvaliteten af ydelserne.
4. **Patient og pårørende – en ressource i kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet:** Patientens ressourcer og indsigt i egen sygdom og livssituation bør ses som en betydelig potentiel ressource i patientens behandlingsforløb. Den pårørende er desuden en vigtig samarbejdspartner i patientforløbet.
5. **Patientforløb og samarbejde på tværs:** En stor del af patientforløbene går på tværs af almen praksis, sygehuse og den kommunale sundhedsindsats. Det skaber behov for, at der sikres sammenhæng og helhed i patientforløbet.
6. **Forskning i kvalitetsudvikling:** Det er nødvendigt at styrke forskning i kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Dels for at få en vurdering af de allerede kendte metoder og redskaber, og dels for at få udviklet endnu bedre metoder.

Med udgangspunkt i de 6 centrale indsatsområder er der arbejdet med konkretisering af kvalitetsstrategien i konkrete handleplaner indenfor følgende temaer:

- Den akutte patient
- Systematisk kronikeromsorg
- Patientsikkerhed: Herunder sikker kirurgi, risikolægemidler, tryksår og hospitalserhvervede infektioner
- Behandlingsintensitet

Det regionale kvalitetsudvalg fungerer som styregruppe for den videre implementeringsproces for den regionale kvalitetsstrategi, og de konkrete handleplaner beslattes i sygehusledelseskredsen og psykiatrilædelserne.

7.1.2 Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering

Den Dansk Kvalitetsmodel (DDKM) er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem, der skal være med til at sikre kvalitet i sundhedsvæsenet.

Akkreditering efter DDKM foretages af Institut for Akkreditering af Sundhedsvæsenet (IKAS), som drives i fællesskab af regionerne og de centrale sundhedsmyndigheder. Det er de enkelte sygehuse, der akkrediteres. Der foretages ekstern survey på sygehusene hvert 3. år, og sygehusene tildeles en akkrediteringsstatus af Akkrediteringsnævnet. Der opereres med akkrediteret, akkrediteret med bemærkninger og ikke akkrediteret.

I Region Syddanmark var der ekstern survey i perioden 2010-2012. Alle sygehuse samt det præhospitale område blev akkrediteret.

Der er i 2012 udkommet en ny version af DDKM. Der arbejdes på at revidere regionens retningslinjer, så de er i overensstemmelse med standarderne i den nye version.

7.1.3 Monitorering af kvalitet

Formålet med kvalitetsmonitorering er at følge op på, om kvaliteten af patientforløb for en afgrænset gruppe af patienter er tilfredsstillende. Samtidig spiller målinger og analyse heraf en vigtig rolle i forhold til at skabe kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet.

Mange af de kvalitetsmål, der monitoreres på, er et resultat af lovgivning på sundhedsområdet eller et resultat af et samarbejde mellem regionerne, og evt. de centrale sundhedsmyndigheder eller kommunerne. Den mest sammenlignelige og dermed mest anvendelige kvalitetsmonitorering opnås med mål formuleret i fællesskab på landsplan. Her kan nævnes Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Målene for den kliniske kvalitet er opstillet i et tæt samarbejde med de klinikere, som behandler patienterne. Det sker for at sikre, at målene i videst muligt omfang er evidensbaserede og er formuleret specifikt for de enkelte sygdomsområder. På denne måde opnås der klinisk relevante og meningsfulde kvalitetsmål, hvormed der skabes et godt afsæt for fortsat udvikling af kvaliteten i klinikken.

7.1.4 Tværsektoriel kvalitetsstrategi

Som en del af sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og regionens 22 kommuner er der udarbejdet en fælles kvalitetsstrategi for det tværsektorielle sundhedsområde. Strategien danner rammen om en forsat udbygning af et tæt samarbejde mellem sektorerne og en forsat udvikling af kvaliteten i de sammenhængende patientforløb.

Kvalitetsstrategien er et politisk styringsværktøj, som skal bidrage til at konkretisere sundhedsaftalernes politiske vision *'Fælles Sundhed'*. Strategien omfatter som tidligere nævnt både det somatiske og psykiatriske område og gælder for både sygehuse, praksissektor og kommuner.

Det overordnede formål med den tværsektorielle kvalitetsstrategi er, ligesom den regionale strategi, kvalitetsudvikling. Det indebærer, at indhentet viden giver anledning til læring og udvikling, samt at der følges op med handling og justeret praksis i sektorerne og i den fælles organisering. Det kan være vanskeligt at skabe et præcist billede af effekten af de tværsektorielle indsatser, eller foretage præcise målinger af kvaliteten. Det er dog muligt at opstille indikatorer til monitorering af kvaliteten, som kan fungere som retningsgivende fingerpeg om behovet, og som kan danne udgangspunkt for en faglig dialog om udfordringer og veje til kvalitetsudvikling.

Kvalitetsstrategien skal i første omgang udmøntes indenfor fire fokusområder:

1. Patientoplevelset kvalitet
2. Mennesker med kroniske sygdomme
3. Medicinering
4. Det kortvarige akutte forløb.

Implementering af strategien

Strategien er vedtaget i efteråret 2012, og Det Administrative Kontaktforum (DAK) har nedsat en tværsektoriel følgegruppe, som skal implementere initiativerne og sikre den løbende udvikling. De første resultater forventes at kunne præsenteres i løbet af 2013.

Da dette er første udgave af en tværsektoriel kvalitetsstrategi, forventes det, at strategien evalueres og udvikles løbende i takt med, at initiativerne gennemføres og erfaringer høstes. Det forventes, at der i forbindelse med de kommende sundhedsaftaler, som skal indgås i januar 2015, vil foreligge en revideret tværsektoriel kvalitetsstrategi.

7.1.5 Kvalitetsudvikling i praksissektoren

Danske Regioner har i samarbejde med de 5 regioner udarbejdet en vision for arbejdet med kvalitet i praksissektoren, der blev godkendt af regionsrådet medio 2012. Regionernes vision '*Kvalitet i praksis*' sætter en fælles ramme for arbejdet med kvalitetsudviklingen på praksisområdet for de kommende år.

Visionens bærende element er at få skabt en fælles 'kvalitetskultur' blandt områdets mange faggrupper, der omfatter praktiserende læger, praktiserende speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, psykologer, tandlæger m.v. Det indebærer, at alle i praksis arbejder med dokumentation, monitorering og løbende kvalitetsforbedringer samt systematisk efteruddannelse.

Arbejdet med kvalitet i praksis tager udgangspunkt i følgende konkrete elementer:

- Kvalitetsudvikling ud fra Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og akkreditering efter DDKM
- Dokumentation af kvaliteten via automatisk dataopsamling og feedback
- Behandling i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger
- Patientsikkerhed og patientinddragelse
- Effektiv ressourceudnyttelse

Almen praksis har i en årrække arbejdet med flere af ovenstående kvalitetsudviklingselementer bl.a. initieret nationalt af Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-e). Den regionale kvalitetsorganisation for almen praksis har lagt en strategi med primært fokus på at understøtte implementering af ICPC (diagnosekodning), datafangst og Fælles Medicin Kort (FMK er en database med oplysninger om borgernes brug af receptpligtig medicin de seneste to år) samt understøttelse af organisationsudvikling og implementering af faglige vejledninger.

7.2 Sundhedsinnovation og telemedicin

Sundheds- og velfærdsinnovation er et strategisk satsningsområde i Region Syddanmark og et prioriteret tema i Syddansk Vækstforums erhvervsudviklingsstrategi.

Regionen ønsker at anvende sundheds- og velfærdsinnovation som et væsentligt bidrag til at løse de udfordringer, velfærdsområdet står over for. Samtidig kan sundheds- og velfærdsinnovation bidrage til at nytænke og fremtidssikre regionens massive investeringer i sygehusbyggerier. Dette skal ske gennem et tættere samspil mellem det offentlige og private virksomheder.

Formålet med satsningen er at udvikle og implementere innovative løsninger, der nytænker og effektiviserer regionens driftsområder samtidig med, at det højner den patientoplevede kvalitet og skaber erhvervsmæssig vækst.

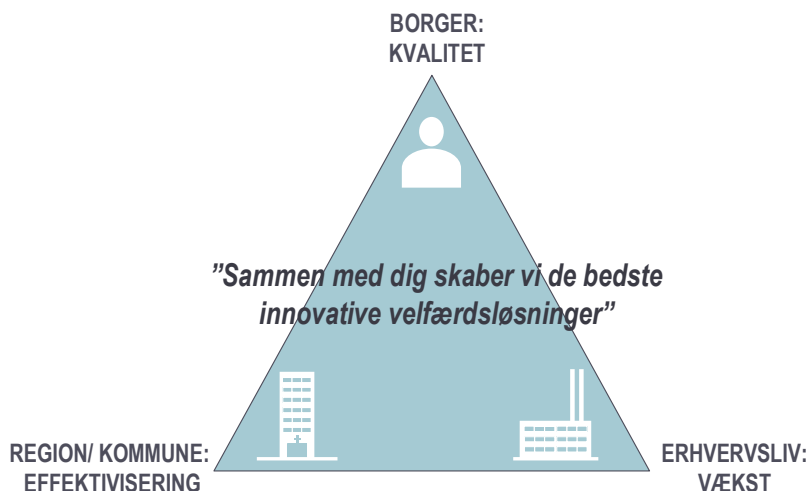
7.2.1 Syddansk Sundhedsinnovation

Region Syddanmark etablerede i 2012 Syddansk Sundhedsinnovation som en selvstændig stabsenhed for at skabe én indgang til regionens satsning på sundheds- og velfærdsinnovation frem for at have innovationsenheder på de enkelte sygehuse, samt på psykiatriske og sociale institutioner. I Syddansk Sundhedsinnovation rummes regionens indsats indenfor velfærdsteknologi, telemedicin, brugerdreven innovation, offentlig-privat innovationssamarbejde og nyt sygehusbyggeri. Endelig er der fokus på at markere Region Syddanmark som internationalt centrum for sundheds- og velfærdsinnovation.

Traditionelt har virksomheder og offentlige parter arbejdet med innovation som interne udviklingsprocesser. Syddansk Sundhedsinnovation ønsker at skabe innovationsprocesser, hvor udvikling af nye løsninger sker i åbne samarbejder. Formålet er at aktivere og inddrage den særlige viden, som hver part besidder, og som i sidste ende bidrager til bedre samlede løsninger.

Nedenfor er illustreret, hvordan der arbejdes med værdiskabelse i forskelligt regi ved innovative velfærds løsninger.

DEN TREDOBDELTE BUNDLINJE MED
FOKUS PÅ VÆRDISKABELSE



7.2.1.1 Virksomhedssamarbejder

Som led i Syddansk Sundhedsinnovations arbejde udvikles LivingLab Denmark som samarbejdsmodel for professionel Offentlig-Privat Innovation (OPI). Her mødes det offentlige behov indenfor velfærdsområdet med private udviklere og udbydere af løsninger. Det er Syddansk Sundhedsinnovations ambition at stimulere til åben innovation mellem drift og erhverv understøttet af LivingLab Denmark. Det skal ske ved at skabe en platform, der understøtter en - for begge partner vellykket - udviklingsproces, der sikrer en succesfuld implementering. LivingLab Denmark tilbyder hjælp, sparring og konkrete værktøjer som f.eks. OPI-modelaftaler til offentlige og private partnere, der ønsker at samarbejde. Det offentlig-private samarbejde skal bidrage til at fremsikre sygehusbyggerierne og sikre fremtidsorienterede driftsområder.

Syddansk Sundhedsinnovation arbejder med at udvikle Region Syddanmark som internationalt centrum for sundhedsinnovation og velfærdsteknologi. For at nå dette mål udarbejdes en strategi for internationalisering, og der indgås internationale partnerskaber med strategisk væsentlige partnere.

7.2.1.2 Fremtidssikret byggeri og fremtidsorienteret drift

Sundhedsinnovatoriet er en del af Syddansk Sundhedsinnovation og har til opgave at facilitere brugerdrevne innovationsprocesser og prototypeudvikling som et integreret led i driften af sundhedsvæsnet og byggeprocesser.

Den 700m² store hal i Sundhedsinnovatoriet giver mulighed for at inddrage brugerne i

udviklingen og afprøvningen af fuld skala modeller af løsninger til bl.a. de nye sygehusbyggerier, som f.eks. sengeafsnit eller operationsstuer, og hvor der fokuseres på at optimere indretningen i forhold til specifikke formål og funktioner, jf. billedet nedenfor.

Syddansk Sundhedsinnovation har eksempelvis arbejdet med at forberede byggeriet af det psykiatriske hospital i Vejle, der skal stå færdigt i 2016 som Danmarks første hospital opført i offentlig-privat partnerskab (OPP). Forberedelsen har blandt andet fokuseret på at inddrage patienters, ansattes og pårørendes erfaringer med det nuværende hospital, for at kunne optimere rammerne i det nye.

FACILITERER BRUGERFORLØB IFM. BYGGERIET HERUNDER
TEST I FULD SKALA, 700 M2 SUNDHEDSLABORATORIUM



Syddansk Sundhedsinnovation fokuserer ligeledes på at levere løsninger til sygehuse og afdelinger, der skal sikre både en øget effektivitet samtidig med, at patienter oplever en høj kvalitet i de modtagne ydelser. En af arbejdsmetoderne er eksempelvis brugerdreven innovation, hvor både sundhedspersonale og patienter inddrages i innovationsprocessen med henblik på at 'designe' og optimere samspillet omkring den leverede service, f.eks. med projekter om udvikling af genoptræningsportal, processer for medicin håndtering og udvikling af fremtidens psykiatriske seng.

7.2.2 Digitaliseret sundhedssamarbejde og telemedicin

Regionen ønsker at understøtte det tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb og styrke patienternes mulighed for egen- og hjemmebehandling gennem udvikling og udbredelse af telemedicinske løsninger. Telemedicin er digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser. Anvendelsen af telemedicin gør, at det er muligt at levere

sundhedsydelse over afstand, og telemedicinske løsninger kan bidrage til at give mere effektive og sammenhængende patientforløb. Dette kan vise sig ved, at patienten styrkes i muligheden for aktiv deltagelse i og indflydelse på eget behandlingsforløb, og sundhedspersonale på forskellige sygehuse kan afholde videokonference om patienten.

Region Syddanmark har gennem de seneste år gennemført en række telemedicinske innovations- og udviklingsspor. Det er regionens ambition at sikre hurtig evaluering og udbredelse af telemedicin og velfærdsteknologi i de kommende år.

For at sikre dette arbejdes der med et struktureret implementeringssystem. Der udarbejdes en generel procesbeskrivelse for, hvordan et telemedicinsk projekt går fra at være en punktvis innovationsidé, som afprøves lokalt, til at være et implementeret, almindeligt anvendt redskab i patientforløb i Region Syddanmark.

I første omgang skal dette værktøj anvendes på projekter for udbredelse af telemedicin og velfærdsteknologi i perioden 2012-2016 indenfor følgende 5 områder:

Eksempler på anvendelse af telemedicin:

- Elektronisk udveksling af røntgenbilleder til fortolkning af speciallæge på andet sygehus.
- Videokonference mellem to sygehusafdelinger.
- Hjemmemonitorering, hvor patienten har udstyr i hjemmet som kommunikerer med sygehusafdelingen.
- Indsamling af informationer om patienten i ambulancen registreres i en præhospital patientjournal (PPJ) som videregives til FAM under kørslen til sygehuset.

1. Nye sygehusbyggeriers kapacitet fastlægges under forudsætning af medicinsk overvågning i eget hjem.
2. Sammenhængende patientforløb – projekter der understøtter samarbejde mellem sektorer.
3. Den aktive patient: hjemmebehandling / hjemmemonitorering.
4. Sygehuse stiller specialistviden til rådighed til andre sygehusafdelinger, almen praksis, kommunalt sundhedspersonale.
5. Udvikling af ny telemedicinsk teknologi – udviklingsspor i Living Lab Denmark.

7.3 Udarbejdelse af strategi for sundheds-it

Region Syddanmarks vision, mål og konkrete planer på sundhedsområdet skal understøttes af it. Samtidig skal it bidrage med teknologisk fornyelse og dermed nye muligheder for udvikling af sundhedsområdets forretningsmæssige mål.

I skrivende stund udarbejdes en strategi for sundheds-it, som skal sikre fokus på forretningskritiske indsatsområder og danne grundlag for koordination og fælles retning på tværs af sygehuse og samarbejdspartnere. Strategien vil være en delstrategi i forhold til en samlet it-strategi for Region Syddanmark og supplement til f.eks. den tværsektorielle it-anvendelse, som er forankret i it-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark.

Strategien for Sundheds-it skal være et konkret og handlingsanvisende værktøj, som holdes aktuel gennem årlige revisioner og afspejles i de årlige budgetter. Strategien forventes at dække perioden august 2013 til august 2017.

7.4 Forskning

Sundhedsforskningens formål er at skabe resultater, der i sidste ende kan komme patienterne til gavn. Det gælder resultater indenfor den kliniske, patientnære forskning til forbedring af diagnose- og behandlingsformer, pleje og rehabilitering samt indenfor den forskning, der arbejder på at forbedre forebyggelse, patientforløb og organisering samt drift af sundhedsvæsenet. I forbindelse med regionsdannelsen blev der nedsat to forskningsråd.

Det Regionale Strategiske Forskningsråd er Region Syddanmarks og de somatiske sygehuses fælles forum for forskning. Rådet skal koordinere den fælles strategiske forskningsindsats på tværs af sygehusene, fordeling af Region Syddanmarks forskningspuljers budget, udarbejdelse og udmøntning af forskningspolitik herunder udpegning af forskningsindsatsområder.

Syddansk Strategiråd for Psykiatrisk Forskning står tilsvarende for den strategiske planlægning og koordinering af forskning indenfor psykiatrien i Region Syddanmark. Rådet udgør samtidigt bestyrelsen i Psykiatriens Forskningsfond.

7.4.1 Somatik: Politik, strategi og overordnede mål for sundhedsforskningen

Sundhedsforskningen sker i Region Syddanmark primært på de kliniske afdelinger i et tæt samarbejde med Syddansk Universitet. Da det tværsektorielle samarbejde er en væsentlig del af patientforløbene, er der også behov for et forskningsmiljø, der omfatter almen praksis og kommunerne. I arbejdet med fortsat at skabe incitament til yderligere indsats i sundhedsforskningen i Region Syddanmark, er der udarbejdet en politik herfor. Politikken er vedtaget af regionsrådet i november 2011 og afløser den tidligere *'Politik for sundhedsforskning'* fra 2007.

Politikken skal understøtte den store forskningsindsats, og det skal være attraktivt at være forsker i Region Syddanmark. I politikken er der 14 overordnede målsætninger som indfries ved en fokuseret indsats indenfor følgende 6 hovedindsatsområder med konkrete mål for sundhedsforskningen:

1. **Flere stærke forskningsmiljøer på samtlige sygehuse** – det gælder for at styrke forskningen indenfor de specialiserede funktioner, den nye sygehusstruktur, sundhedstjenesteforskningen, ulighed i sundhed, samt for at skabe store tværgående forskningsmiljøer og eliteforskningsmiljøer.
2. **Anvendt sundhedsforskning** – forskningsresultaterne skal aktivt i brug til fordel for patienter og virksomheder.
3. **Rekruttering, uddannelse og talentpleje** – en aktiv forskerkarrieropolitik fra ph.d. til professor indenfor alle faggrupper

4. **Samarbejde om forskning** - samarbejde med Syddansk Universitet udbygges vedr. Nyt OUH om forskning i udvikling af nye behandlingsformer og forskning til udvikling af den nye sygehusstruktur. Desuden skabes mere forskningssamarbejde med andre sektorer.
5. **Finansiering af sundhedsforskningen** – øgede forskningsbudgetter på sygehusene og øgede eksterne midler.
6. **Sundhedsforskning – et politisk fokusområde** – monitorering af forskningsindsatsen, som danner et solidt grundlag for beslutningstagning.

Indenfor hvert af disse 6 hovedindsatsområder peges der i politikken på særlige indsatser med mål, som konkretiseres og operationaliseres i Det Regionale Strategiske Forskningsråd, og som løbende forelægges regionsrådet.

Eksempler på konkrete indsatser er:

- Der skal over en 3 års periode etableres mindst én ny fokuseret forskningsgruppe på hvert af sygehusene.
- Der skal i FAM etableres forskningsmiljøer i form af forskningsledelse og et antal forskningsmedarbejdere, herunder ph.d.'er. Der skal igangsættes konkrete forskningsprojekter og forskningsdatabaser, der går på tværs af FAM'erne i regionen.
- Forskningsprojekter vedrørende ulighed i sundhed gives prioritering ved uddeling af forskningspuljemidler under hensyntagen til kvalitet og relevans af projekterne. Forskning i ulighed i sundhed medtænkes som et emne i handlingsplaner for blandt andet styrkelse af sundhedstjenesteforskningen og for det tværsektorielle samarbejde om sundhedsforskning.
- Der udvikles en platform, som giver forskerne og virksomhederne en fælles adgang til mere samarbejde om kliniske forsøg, afprøvning af udstyr og anden forsøgsaktivitet.
- For hvert sygehus opsættes måltal for ansatte i forskerstillinger.
- De interne forskningsbudgetter på sygehusene øges med mindst 10% om året fra 2012-2017.
- Det Regionale Strategiske Forskningsråd giver i 2012/13 forslag til en handlingsplan for styrkelse af det tværsektorielle samarbejde om sundhedsforskningen i Region Syddanmark, og for etablering af store tværgående forskningsmiljøer omkring strategiske forskningsområder og eliteforskningsmiljøer.

Der udføres årlige målinger af indsats og effekt af sundhedsforskningsindsatsen ved hjælp af dataindsamling efter validerede og anerkendte metoder. Målingerne formidles til alle ledelsesniveauer.

7.4.2 Strategi for psykiatrisk forskning

Som en del af psykiatriplanen *'Fremtidens Psykiatri'* blev forskningsindsatsen for psykiatrien i Region Syddanmark vedtaget af regionsrådet i december 2007. I første halvår 2013 vedtages den reviderede strategi for psykiatrisk forskning. Den nye forskningsstrategi er næste ambitiøse skridt i realiseringen af psykiatrisygehusets vision

om at være blandt de førende forskningsenheder indenfor såvel psykiatrisk såvel som børne- og ungdomspsykiatrisk forskning.

Sammen med etablering af psykiatrisygehuset blev den nuværende forskningsorganisation etableret. Der blev nedsat et forskningsstrategiråd, og der blev tilknyttet forskningskoordinatorer til de kliniske afdelinger.

Siden 2007 er forskningsaktiviteterne integreret i den kliniske hverdag og mange nye projekter er igangsat. Den nye strategi følger derfor op på en positiv udvikling, men forskningsindsatsen prioriteres yderligere ved at udvide forskningsbudgettet med 50%, ansætte flere kliniske professorer, post doc'er samt sikre, at psykiatrisygehuset altid har 30 tilknyttede ph.d.-forløb samt et antal postgraduate forskningsprojekter.

Psykiatrien i Region Syddanmark prioriterer translationel forskning. Herved udnyttes de unikke muligheder for at samarbejde med Syddansk Universitet, regionens øvrige sygehuse samt eksterne parter som kommuner og praksis. Translationel forskningsfokus støtter også visionen om hurtig vej fra forskningsresultater til ændring af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering og dermed kontinuerlige forbedringer af tilbuddet til psykiatriens patienter.

Psykiatrisygehuset ønsker med forskningsstrategien at tiltrække de bedste nationale såvel som internationale forskere og forskertalenter igennem attraktive forskningsmiljøer i et tæt samarbejde med Syddansk Universitet. Herigennem åbnes muligheden for også at prioritere basalforskning.

Forskningsaktiviteter er integreret på alle afdelinger i psykiatrisygehuset og udbygges yderligere ved at tilknytte forskningsleder.

Der etableres som minimum ét eliteforskningscenter samt et antal fokuserede forskningsenheder tilknyttet Institut for Regional Sundhedsforskning (på Syddansk Universitet) inden udgangen af 2016.

Hovedindsatsområderne i strategien for psykiatrisk forskning 2013 til 2016 er, at psykiatrien i Region Syddanmark vil:

- udvikle stærke og specialiserede forskningsmiljøer,
- sikre, at forskningsresultater anvendes i praksis og formidles til patienter, pårørende og samfund og,
- samarbejde aktivt med eksterne samarbejdspartnere.

7.5 Perspektiver for arbejdet med kvalitetsudvikling, sundhedsinnovation og forskning de kommende år

Perspektiver for arbejdet med kvalitet de kommende år

Region Syddanmark vil i de kommende år fortsætte arbejdet med at levere et dokumenteret højt kvalitetsniveau i sundhedsydelse og fortsætte det igangværende arbejde med at realisere de indsatser, der er konkretiseret i regionens kvalitetsstrategi.

I Region Syddanmark arbejdes der på at dæmpe væksten i aktiviteten i sygehusvæsenet på det somatiske område, og i forlængelse af kvalitetsdagsordenen at have større fokus på at levere det nødvendige og rigtige antal sygehuse ydelser til borgerne. Dette skal bl.a. ske med afsæt i indsatsen over for borgere med kroniske sygdomme, utilsigtede hændelser og standardiserede tidsstyrte patientforløb i FAM (Akutpakker). For at understøtte disse initiativer er der indført en model i afregningssystemet, der giver plads til en beskeden mervækst i antallet af ydelser i forhold til væksten i cpr-numre. Modellen skal sikre, at der er incitament til kun at gennemføre det nødvendige og rigtige antal sygehuse ydelser til den enkelte patient.

For at tilgodese kravet om et dokumenteret højt kvalitetsniveau, skal der ske en systematisk og løbende måling af kvaliteten af ydelserne, som skal bruges til at prioritere, hvor indsatsen skal forbedres. Dette skal følges op af ledelsesmæssige og faglige tiltag, der sikrer fremdrift i kvaliteten af ydelserne.

Der skal fortsat arbejdes med at etablere et fælles vidensgrundlag for hele regionen, som indeholder resultater fra løbende målinger. Vidensgrundlaget skal anvendes som afsæt for en kontinuerlig dialog mellem niveauerne i organisationen og på tværs i organisationen om årsagerne til eventuelle kvalitetsproblemer og muligheder for forbedringer af kvaliteten.

Region Syddanmark vil sikre, at der træffes beslutninger og udarbejdes handlingsplaner på et kvalificeret grundlag på mange niveauer i organisationen - fra det kliniske personale, som er direkte involveret i patientbehandlingen, over afdelingsledelserne og direktionerne til politikerne.

I forhold til regionens egne kvalitetsmål vil der fremadrettet være fokus på at reducere dokumentationskrav på de områder, hvor der ikke er behov for dokumentation eller monitorering. Det er samtidig vigtigt, at monitorere og følge områder med særlige udfordringer. Fremover vil der blive arbejdet på en tilgang til monitorering på sundhedsområdet, hvor regionale monitoreringer indstilles efter tre år, med mindre kvalitetsmålene ikke er nået.

Konkrete tiltag, der skal arbejdes med i Region Syddanmark omfatter bl.a. :

- **Løbende monitorering af flere sygdomsområder:** Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) er den organisatoriske ramme omkring de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. RKKP dækker mere end 60 sygdomsområder, der monitoreres kvalitet på. Fra 2012 opgøres resultaterne hver måned eller kvartal, afhængig af sygdomsområde. Planen er, at dette vil ske for

mere end 40 sygdomsområder ved udgangen af 2013. Regionerne og sygehusene får hermed mulighed for løbende at monitorere kvaliteten på flere sygdomsområder.

- **Tværsæktoriel kvalitetsstrategi:** Den fælles kvalitetsstrategi for det tværsæktorielle sundhedsområde danner rammen om en fortsat udbygning af et tæt samarbejde mellem sektorerne og en fortsat udvikling af kvaliteten i de sammenhængende patientforløb.
- **Patientinddragelse:** Hver driftsenhed i regionen skal fremadrettet arbejde med at skabe endnu bedre muligheder for at inddrage patienter og pårørende i forebyggelse, behandling og genoptræning. Der skal arbejdes med løsninger for patientinddragelse, som er tilpasset den enkelte patient.
- **Patienttilfredshedsundersøgelser:** Forbedring af den patientoplevede kvalitet kan tage udgangspunkt i den årlige måling af den patientoplevede kvalitet i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Perspektiver for sundhedsinnovation og telemedicin de kommende år

Region Syddanmark vil i de kommende år fortsætte arbejdet med at udvikle og implementere sundheds- og velfærdsinnovationsløsninger, som skal bidrage til at fremtidssikre regionens sygehusbyggeri og driften, øge den oplevede kvalitet for borgerne og understøtte vækst i de syddanske virksomheder.

Det skal ske bl.a. gennem åben innovation mellem drift og erhverv samt ved samarbejde om udvikling af innovative produkter og servicedesigns baseret på Offentlig Privat Innovation (OPI). Ambitionen er, at Living Lab Denmark skal danne ramme for et betydeligt antal OPI-projekter i de kommende år.

Digitaliseret kommunikation, eksempel vis mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner, vil blive udrullet i endnu højere grad end i dag. Målt på antal digitaliserede meddelelser mellem sektorer, skal Region Syddanmark forblive nationalt førende. Samtidig vil telemedicinske løsninger, herunder bl.a. øget brug af videokonferencer, være i fokus. Det er målet, at opnå en 20 % stigning per år frem mod 2016 i antallet af patienter, der modtager sundhedsydelse via telemedicin.

Der vil blive udviklet såkaldte Living Labs i driften, hvor ideer og prototyper testes ude på afdelingerne blandt medarbejdere og patienter. Syddansk Sundhedsinnovation vil uddanne medarbejdere som innovationsagenter, udvikle produkter/servedesign samt understøtte, at regionens byggeprojekter også baseres på brugerdreven innovation eller OPI.

Syddansk Sundhedsinnovation vil desuden fortsætte arbejdet med at udvikle Region Syddanmark som internationalt centrum for sundhedsinnovation og velfærdsteknologi, ved at udarbejde en strategi for internationalisering og ved at indgå flere internationale alliancer med væsentlige partnere.

Perspektiver for arbejdet med forskning de kommende år

Odense Universitetshospital og sygehusene i Region Syddanmark opruster på forskningsområdet på det somatiske område med implementering af *'Politik for Sundhedsforskning'* samt lokale strategier for forskning.

Regionalt løftes ambitionsniveauet for forskningen og dets anvendelse via flere initiativer - to konkrete initiativer omtales her:

1. Region Syddanmark vil satse på etablering af et til to nye excellente forskningsmiljøer om året. De excellente forskningsmiljøer udpeges på specifikke behandlingsområder med det formål at skabe forskning på højeste internationale niveau og med fokus på forskning, der umiddelbart er anvendelig i patientbehandlingen.
2. For det andet vil Region Syddanmark i højere grad end tidligere udnytte sammenspillet mellem sygehuse og andre sektorer til at skabe forskning med stor og udbredt nytteværdi for patienter og borgere i regionen. Dette vil ske igennem etablering af store fælles forskningsmiljøer, der går på tværs af sygehusene, og inddrager almen praksis og kommuner. Disse miljøer opbygges på baggrund af en specifik faglighed indenfor et klinisk område, men også på mere brede emner som ulighed i sundhed, patientforløb, forebyggelse og ydelser, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Region Syddanmark vil etablere 1-2 af sådanne store tværgående forskningsmiljøer om året.

De to ovenstående initiativer fremhæves, da de har store perspektiver for at skabe forskningsresultater af særlig betydning for udvikling af nye behandlingsformer og forbedrede patientforløb. Desuden vil initiativerne gøre Region Syddanmark endnu mere attraktiv for de bedste danske og udenlandske forskere og klinikere, og fremhæve regionen som en stærk part på endnu flere kliniske felter og på forskningsområdet.

Som nævnt sættes andre initiativer i søen, der skal sikre udvikling af forskningen de kommende år. Herunder har et fortsat og styrket samarbejde med Syddansk Universitet en særlig betydning. Det gælder blandt andet samarbejde om sundhedstjenesteforskningen, som bliver en afgørende medspiller i fælles forskningsprojekter med kommunerne og ved forskning omkring implementering af den nye sygehusstruktur.

Region Syddanmark vil med den nye strategi for psykiatrisk forskning i perioden 2103 til 2016 sætte fokus på:

- Aktiv rekrutteringsstrategi, der sikrer fortsat udvikling af eksisterende miljøer og fundamentet for at rekruttere forskere fra sandkasse til elitemiljøer
- Initiativer der sikrer at forskningsresultater bliver anvendt og formidles til patienter, pårørende og samfund
- Initiativer der sikrer, at der etableres et aktivt samarbejde med eksterne parter
- Styrkelse af Forskningsstrategirådet gennem involvering af flere institutter ved SDU ligesom der tilknyttes en patient til at deltage i strategirådsarbejdet.

7.6 Sundhedsvæsenet som uddannelsesinstitution

Region Syddanmarks somatiske og psykiatriske sygehuse varetager hvert år en stor uddannelsesopgave. Således påtager sygehusene sig den kliniske praktik og uddannelse for mere end 7.000 uddannelsessøgende, primært indenfor sundhedsuddannelserne, såsom læger, sygeplejersker, bioanalytikere, radiografer, lægesekretærer og jordemødre mv.

Region Syddanmark er dermed dels med til at løfte de uddannelsespolitiske målsætninger nationalt, og dels med sin massive uddannelsesindsats med til at sikre fremtidens arbejdskraft til den fortsatte drift og udvikling af det danske sundhedsvæsen.

Region Syddanmark påtager sig desuden opgaven med løbende kompetenceudvikling af regionens medarbejdere med henblik på at imødekomme forventningerne til et regionalt sundhedsvæsen i udvikling.

Uddannelsesopgaven indgår som en naturlig og integreret del af arbejdet på sygehusene med fokus på faglig indlæring og personlig udvikling hos den studerende. Kernen i den praktiske del af sundhedsuddannelserne er udover tilegnelse af faglige kompetencer, lysten til at hjælpe mennesker, evnen til at arbejde med mennesker og viljen til at lære af og om mennesker.

På uddannelsesområdet vil anvendelsen af ny teknologi bidrage til, at de traditionelle uddannelsesformer suppleres af andre former – eksempelvis i form af E-læring.

8 Mål og målopfyldelse de kommende år

Sundhedsplanen har indtil videre givet et bredt indblik i Region Syddanmarks sundhedsplanlægning ved at redegøre for planer, strategier, politikker og aftaler på sundhedsområdet.

Med afsæt i regionens sundhedsvision er der i sundhedsplanen sat fokus på forskellige områder. Det første er regionens arbejde med at skabe sammenhæng i patientforløb - både internt i regionen og på tværs af sektorer. Et nyt fokusområde i Region Syddanmark er patientinddragelse, og hvordan regionen arbejder med at inddrage patienter og pårørende i patientforløb. Herudover sætter regionen særligt fokus på at fremme lighed i sundhed og fortsætte det igangværende arbejde med at skabe høj og ensartet kvalitet i sundhedsydelser.

I sundhedsplanen er der også blevet redegjort for borgernes sundheds- og sygelighedstilstand. Regionsrådets sundhedsvision er blevet præsenteret som et pejlemærke i forhold til planlægning, udførelse af opgaver og udvikling indenfor sundhedsvæsenet, og de store linjer for sundhedsvæsenets struktur og rammer er efterfølgende blevet beskrevet. Endelig er sundhedsplanen kommet omkring regionens arbejde med og satsning på sundhedsinnovation og forskning.

Perspektiverende afsnit i slutningen af sundhedsplanens kapitler tegner et billede af, hvilke initiativer og indsatser, der skal arbejdes med de kommende år på sundhedsområdet.

Som afslutning på sundhedsplanen opstilles der i dette kapitel en række konkrete mål for, hvad Region Syddanmark vil opnå i den kommende planperiode. Der eksisterer mange flere mål på sundhedsområdet, end dem der kan læses nedenfor, og der vil løbende blive fastsat og udviklet yderligere mål. De oplyste mål i dette kapitel vil blive søgt indarbejdet i regionens budget for 2014. I de efterfølgende budgetter formuleres nye mål indenfor sundhedsplanens rammer.

De nedenfor oplyste mål forventes nået inden udgangen af 2014 med mindre andet årstal er angivet. Regionsrådet vil løbende følge målopfyldelsen.

1. 70% af de akutte patienter udskrives direkte fra FAM

Ét af omdrejningspunkterne for FAM er at øge antallet af korttidsindlæggelser og udskrivninger direkte fra FAM. Herved sikres det, at sengene på specialafdelingerne dedikeres til patienter med behov for specialbehandling. Målet er i forlængelse heraf, at 70% af de akutte patienter udskrives direkte fra FAM, mens 30% overføres til specialafdeling.

I opfølgningen af dette servicemål tages der videre forbehold for, at OUH har en højere grad af specialiserede patienter end de øvrige sygehuse i regionen, og at sygehusenes sengekapacitet endnu ikke er fuldt udbygget. Dette vil betyde, at en

del akutte patienter af hensyn til specialiseret behandling eller kapacitetsmæssige årsager vil blive sendt på specialafdeling frem for at få afsluttet deres ophold i FAM.

2. Alle akutte patienter til indlæggelse skal have lagt en plan for patientforløbet inden for 4 timer efter ankomst til FAM

I forbindelse med afprøvningen af akutpakkerne er det målsætningen, at patienterne skal have lagt en plan for patientforløbet indenfor 4 timer efter ankomsten til FAM. Målet monitoreres via de elektroniske tavler, som er opsat i regionens FAM'er.

3. Kræftpakker 100 % overholdelse af forløbstider

I kræftpakkerne er der fastlagt specifikke tider for, hvor lang tid et udrednings- og behandlingsforløb bør tage. Det er målsætningen, at forløbstider overholdes for *alle* patienter, der undersøges og behandles for kræft i et pakkeforløb. Der tages dog højde for, at nogle patienter af forskellige årsager selv kan have et ønske om et mindre accelereret forløb eller kan have andre sygdomme mv., som gør et længere forløb nødvendigt. Målet monitoreres via eksisterende landsdækkende/regionalt monitoreringssystem.

4. 1. kontakt inden 14 dage for 80 % af ikke-akutte patienter

I dag er det regionens kvalitetsmål, at 90% af ikke-akutte patienter skal have første kontakt indenfor 30 dage. Målopfyldelsen er i dag omkring 70% på regionens sygehuse.

1. september 2013 indføres en ny national ret til hurtig udredning. For at kunne leve op til denne nye rettighed indføres et mål om, at 80% af alle ikke-akutte medicinske og kirurgiske patienter har første kontakt inden for 14 dage.

5. Der fastsættes konkrete mål for medicingennemgang, når der foreligger en aftale med PLO Syddanmark

I den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der afsat midler til en styrket indsats for medicingennemgang. Projekter om medicinafstemning og medicingennemgang for ældre polyfarmacipatienter viser, at der er et betydeligt behov for at kvalitetssikre ældres lægemiddelanvendelse.

6. Der fastsættes konkrete mål for opfølgende hjemmebesøg, når der foreligger en aftale med PLO Syddanmark

Den nuværende aftale med almen praksis om opfølgning og koordination efter udskrivelse skal tilpasses i forhold til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, hvor den udskrivende sygehusafdeling har fået opgaven med at screene patienterne for behov for opfølgende hjemmebesøg af hjemmesygeplejen og patientens praktiserende læge.

7. Der gennemføres et pilotprojekt om lægebrev (epikriser) for ambulante patienter

Regionen har i dag kvalitetsmål, der siger, at der skal være udsendt lægebrev til egen læge senest 3 hverdage efter indlagte patienter er afsluttet på sygehuset.

Målopfyldelsen er omkring 90%. Det er vigtigt, at patienten oplever at overgangen til praksissektoren er koordineret, og at der er sikret sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet. Dette gælder også for de ambulante forløb. Der bør ved opstart og afslutning af ambulante forløb udarbejdes ambulante notater. Såfremt der er hændelser af væsentlig betydning for patientbehandlingen eller, når undersøgelsesresultater foreligger, bør dette også sendes til patienten. Der gennemføres et pilotprojekt på Sygehus Lillebælt, som handler om, hvornår lægebrev for ambulante patienter skal udsendes, og hvordan monitoreringen skal ske.

8. Iværksættelse af mindst ét nyt stort samarbejdsprojekt

Regionen er sammen med kommunerne og almen praksis kommet langt med samarbejdet på sundhedsområdet. For at nå et skridt videre afprøves nye samarbejdsformer med fokus på mere sammenhængende patientforløb samt tidligere opsporing af kronisk sygdom, hvorfor der iværksættes yderligere mindst ét nyt samarbejdsprojekt. Der er allerede igangsat to projekter, som begge også har fokus på forskellige aspekter af at øge ligheden i sundhed: *Tidlig opsporing og forebyggelse* (forventet afsluttet i 2016) samt *Integrated Care* (tidsplan afklares med samarbejdspartnerne).

9. Samtlige kliniske indikatorer for specialiseret rehabilitering skal være opfyldt

Eksisterende indikatorer for rehabilitering indenfor sygdomsområderne hjertesvigt, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og patienter med hoftebrud samt indikatorer, som opstilles indenfor andre sygdomsområder, skal opfyldes. Resultater monitoreres via de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

10. Indenfor de kræftformer, som er omfattet af kræftpakker, udarbejdes der tværsektorielle rehabiliteringsprogrammer og disse er implementeret senest i 2016

Indenfor de enkelte kræftformer er der behov for mere forskningsunderstøttet viden om kræftpatienters rehabiliteringsbehov, effekt af rehabiliteringstilbud og indsigt hvordan disse forløb bedst kan tilrettelægges tværsektorielt. Målsætningen er derfor, at der indenfor de kræftformer, der er omfattet af kræftpakker, etableres forskningsprogrammer, der skal bidrage med denne viden. Minimum to af disse forskningsprogrammer skal omfatte mere end ét sygehus. Programmerne etableres i regi af Videnscenter for Rehabilitering og Palliation under Odense Universitets Hospital og Syddansk Universitet.

11. Senest i år 2015 screenes 100% af de psykiatriske patienter for livsstilssygdomme

Den gennemsnitlige levetid for psykisk syge er op til 20 år kortere end for den danske befolkning som helhed. Der er flere årsager hertil, og en af de væsentligste er, at somatisk sygdom og livsstilssygdomme hos mennesker med sindslidelser ikke opdages og behandles i tilstrækkeligt omfang. Derfor er det vigtigt at sætte særligt fokus på, at psykiatriske patienter også kan være somatisk syge. Det gøres ved at iværksætte standarder i psykiatrien for, at alle psykiatriske patienter ved screening undersøges for forekomsten af de mest almindelige livsstilssygdomme. Denne indsats skal være iværksat på alle afdelinger senest i 2015. Effekten af

screeningsindsatsen forventes at kunne ses ud fra fremtidige sundhedsdata, hvor forskelle i levetid for mennesker med psykiske lidelser og befolkningen som helhed forventes mindsket i Region Syddanmark.

12. Definerer ét særligt indsatsområde: Forskning i ulighed blandt store sygdomsgrupper

Som led i Region Syddanmarks politik for sundhedsforskning er der defineret 6 særlige indsatsområder. I Region Syddanmark vil et styrket vidensgrundlag om ulighed i sundhed betyde, at der kan tages initiativer, der kan reducere uligheden i sundhed, og at regionen i højere grad kan tage hensyn til konsekvenser for ulighed i sundhed, når vi prioriterer og omlægger sundhedsydelse. Derfor defineres et særligt indsatsområde vedrørende ulighed i sundhed, og der afsættes eventuelt øremærket midler hertil.

13. Region Syddanmark vil opfylde samtlige kliniske resultatmål og være blandt de bedste i Danmark, herunder i forhold til overlevelse

Region Syddanmark vil særligt have fokus på resultatmål og vil være blandt de bedste i Danmark. Resultatmål er eksempelvis mål for overlevelse og mål for funktionsniveau. Monitoreringen sker via de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

14. Andelen af meget tilfredse patienter på sygehusene i Region Syddanmark ligger på eller over det nationale niveau

Region Syddanmark ønsker at give patienterne den bedst mulige oplevelse i forbindelse med deres sygehusbesøg. Den seneste Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) viser, at de indlagte og ambulante patienter har et samlet *positivt* indtryk af deres forløb. Nu sætter regionen fokus på at øge andelen af indlagte og ambulante patienter med et *meget positivt* samlet indtryk. Det er målet, at andelen af patienter, der har et *meget positivt* samlet indtryk af deres sygehusbesøg ligger på eller over det nationale niveau, som det var i LUP 2011. Dette måles via LUP-undersøgelser.

15. Sammen med kommuner og praksissektor udvikler Region Syddanmark mål for kvaliteten i de tværgående forløb og undersøger den patientoplevede kvalitet i de tværgående forløb

Den patientoplevede kvalitet udgør et særligt fokusområde i samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i Region Syddanmark. Der udvikles en generisk model for kortlægning af den patientoplevede kvalitet i tværsektorielle forløb. Modellen omfatter spørgeramme, metodebeskrivelse og organisering.

Herefter er det regionens mål at gennemføre mindst én undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i de tværgående forløb. Arbejdet følges af en tværsektoriel følgegruppe til implementering af den Tværsektorielle Kvalitetsstrategi. Arbejdet forventes gennemført senest ved udgangen af 2018.

16. Patientsikkerhed – Alle sygehusene i Region Syddanmark lever op til målene for kvalitetsindsatserne inden udgangen af 2016

På landsplan er der udpeget en kvalitetsindsats på patientsikkerhedsområder, og regionalt er der udarbejdet yderligere kvalitetsindsatser, som skal øge patientsikkerheden.

Kvalitetsindsatserne:

- a. **Sikker Kirurgi Tjekliste** er fuldt ud implementeret på alle operationsafsnit i Region Syddanmark
- b. **Risikolægemidler** - anbefalingerne i vejledningen: «Anbefalinger til håndtering af risikolægemidler på sygehusenhederne i Region Syddanmark» er fuldt ud implementeret
- c. **Tryksår** - Ingen patienter udvikler tryksår (> grad 0) under indlæggelse på sygehusenheder i Region Syddanmark
- d. **Hospitalserhvervede infektioner** – Procedurepakkerne for: Kateter (KAD), centralt venekateter (CVK), ventilationsassocieret lungebetændelse (VAP) og blodforgiftning (sepsis) er fuldt ud implementeret.

17. Der udarbejdes strategier for inddragelse af patienter og pårørende i forebyggelse, behandling og genoptræning

Der er mange måder og niveauer for arbejdet med patientinddragelse. På overordnet niveau arbejder Sundhedsbrugerrådet og Psykiatrisk Dialogforum med patientinddragelse. På sygehusniveau og på afdelingsniveau arbejdes der på forskellige måder med patientinddragelse. Det vurderes på nuværende tidspunkt, at der skal være rum og mulighed for at udvikle og afprøve nye måder at inddrage patienter og pårørende. I dette arbejde er det vigtigt, at der arbejdes med løsninger, som er tilpasset den enkelte patient/patientgruppe/pårørende. Der lægges derfor op til, at sygehusene udarbejder lokale strategier, som fastsætter, hvordan sygehusene vil arbejde med patientinddragelse. Disse fremlægges politisk i takt med, at de er udarbejdet. Målet omfatter alene somatikken, da der allerede er vedtaget en patient- og pårørende politik for psykiatrien.

18. I 2017 anvender Odense Universitets Hospital mindst 3% og regionens øvrige sygehusenheder mindst 1,5% af driftsbudgettet til forskning

Det er fortsat nødvendigt løbende at udvide de økonomiske rammer for sundhedsforskningen for at realisere det forskningsmæssige potentiale i Region Syddanmark. Derfor lægges nye ambitiøse mål for forskningsfinansieringen i Region Syddanmark. Tidligere målsætninger om, at Odense Universitetshospital afsætter 2 % af eget budget til forskning, og de regionale sygehuse 1 % af eget budget til forskning, er realiseret på de fleste sygehuse. Målopfyldelsen følges af Det Regionale Strategiske Forskningsråd.

19. Andelen af eksterne midler skal mindst udgøre 60% af de anvendte midler til forskning i Region Syddanmark i 2017

Som led i at opnå yderligere vækst i forskningsfinansieringen, skal forskningsprojekter i højere grad end tidligere finansieres via midler hentet eksternt. Forskere skal derfor søge eksterne midler, så andelen af midler fra nationale og

internationale bevillingshavere øges til 60% fra det nuværende 50%. Syddansk Forskerstøtteenhed får en central rolle i disse bestræbelser. Målopfyldelsen følges af Det Regionale Strategiske Forskningsråd.

20. Der er etableret specifikke forskningsprogrammer for specialiserede funktioner på såvel Odense Universitetshospital som regionens øvrige sygehusenheder

Et højt niveau indenfor forskning i de specialiserede funktioner vil bidrage til udvikling af den kliniske praksis og vil være et stort aktiv for at tiltrække de bedste klinikere og forskere. Det vil desuden styrke Region Syddanmarks sygehuse i de kommende års placering af specialiserede funktioner. De specialiserede funktioner, og funktioner som har potentiale til at udvikle sig til specialiserede funktioner, skal derfor udarbejde forskningsplaner/programmer.

21. Region Syddanmark vil satse på etablering af et til to nye excellente forskningsmiljøer om året

Excellent forskningsmiljøer skaber forskningsresultater af international klasse, vigtige relationer til internationale miljøer, tiltrækker midler og anerkendte forskere samt skaber samarbejde med virksomheder. Derfor vil Region Syddanmark styrke mulighederne for mere excellent forskning ved at etablere et til to nye excellente forskningsmiljøer om året.

22. 20 % stigning per år frem mod 2016 i antallet af patienter, der modtager sundhedsydelse via telemedicin

Telemedicinske løsninger kan bidrage til mere effektive og sammenhængende patientforløb. Det er Region Syddanmarks ambition at sikre hurtig evaluering og udbredelse af telemedicin de kommende år. Frem mod 2016 er det et mål at opnå en 20% stigning per år i antallet af patienter, der modtager sundhedsydelse via telemedicin.

23. Region Syddanmark skal forblive nationalt førende målt på antal digitaliserede meddelelser mellem sektorer

Digitaliseret kommunikation bidrager til at skabe sammenhæng i patientforløb, da det understøtter samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark. Digitaliseret kommunikation vil blive udrullet i endnu højere grad end i dag, og målt på antallet af digitaliserede meddelelser mellem sektorer skal Region Syddanmark forblive nationalt førende.

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk

12392 · Grafisk Service, Region Syddanmark · 05.2013