

Sundhedsaftalen 2015–2018

Sundhedskoordinationsudvalget

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Høringsversion (version 6)

Den 14. august 2014

Sundhedsaftalen 2015 – 2018

Høringsversion (version 6). Den 14. august 2014

| | |
|---|----|
| Læsevejledning til sundhedsaftalen 2015-2018 | 4 |
| 1. Vision | 6 |
| 1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren | 7 |
| 1.2 Sundhed for alle | 9 |
| 1.3 Sundhed med sammenhæng | 10 |
| 2. Udgangspunkt | 12 |
| 2.1 Den rehabiliterende tilgang | 12 |
| 2.2 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse..... | 13 |
| 2.3 Fastholdelse i job og uddannelse | 13 |
| 2.4 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet | 14 |
| 2.5 Tættere samarbejde med almen praksis | 14 |
| 3. Mål | 16 |
| 4. Udvikling..... | 18 |
| 4.1 Formål..... | 18 |
| 4.2 Strategiske udviklingsindsatser | 19 |
| 5. Ramme..... | 23 |
| 5.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering | 23 |
| 6. Tværgående temaer | 26 |
| 6.1 Kvalitet på tværs af sektorer..... | 26 |
| 6.2 Økonomi, aktivitet og planlægning | 29 |
| 6.3 Velfærdsteknologi og telemedicin..... | 34 |
| 7. Obligatoriske indsatsområder | 37 |
| 7.1 Forebyggelse | 37 |
| 7.2 Behandling og pleje..... | 41 |
| 7.3 Genoptræning og rehabilitering..... | 45 |
| 8. Aftaler om specifikke målgrupper..... | 50 |
| 8.1 Gravide og nyfødte..... | 50 |
| 8.2 Børn og unge | 51 |
| 8.3 Børn, unge og voksne med senhjerneskade | 52 |
| 8.4 Personer med kronisk sygdom..... | 52 |
| 8.5 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser | 54 |
| 8.6 Mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse..... | 54 |

| | |
|--|----|
| 8.7 Borgere med demens..... | 55 |
| 8.8 Den ældre patient..... | 56 |
| 8.9 Kræftrehabilitering og palliation | 56 |
| 9. Implementering..... | 58 |
| 9.1 Organisering af samarbejdet omkring sundhedsaftalen..... | 58 |
| 9.2 Implementeringsplan..... | 63 |
| 9.3 Den løbende opfølgning..... | 66 |

Læsevejledning til sundhedsaftalen 2015-2018

Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Aftalen skal dække et bredt og komplekst felt. Fra det helt overordnede og fremadrettede: hvad vil aftaleparterne forpligte sig til at arbejde hen imod over en fireårs periode? Til det helt konkrete her og nu: hvem gør hvad hvornår i situationen, hvor en patient skal udskrives fra sygehuset til sit eget hjem?

Med et så stort og måske også vanskeligt tilgængeligt emneområde kan en kort introduktion til, hvordan sundhedsaftalen er bygget op – og dermed også hvordan den kan læses – være relevant.

Nærværende sundhedsaftale begynder med det mest overordnede og ender med det mest konkrete. Aftalen rummer tre dele:

- Den politiske del
- Den administrative del
- Bilagsdelen

Den politiske del af sundhedsaftalen er kapitlerne 1-4. Her formuleres en vision for, hvor det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet skal være ved aftaleperiodens udløb. Det sker gennem fastlæggelsen af tre hovedmål og tre principper for, hvordan parterne vil arbejde sammen om at nå målene. I forlængelse heraf opstiller visionen konkrete målsætninger, som skal bruges til at følge op på, om hovedmålene nås.

Ud over visions- og målformuleringen rummer sundhedsaftalens politiske del også nogle mere beskrivende kapitler, der bl.a. redegør for den politiske organisering af sundhedssamarbejdet, og hvordan aftalens politiske mål omsættes i succeskriterier.

Endelig indgår der i sundhedsaftalens politiske del også en udviklingsaftale, der omhandler en række initiativer i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, hvor aftaleparterne nok er enige om målene, men ønsker at arbejde frem mod dem med forskellige midler og/eller i forskellig takt.

Den administrative del af sundhedsaftalen er kapitlerne 5-9. Her fastlægges rammen for arbejdet med at realisere den politisk formulerede vision. Med andre ord: hvilke midler skal tages i brug for at nå målene? Som et trin på vejen mod at kunne besvare dette spørgsmål, har der flere steder været behov for at uddybe målene fra den politiske del med nogle underliggende, administrative mål.

Sundhedsaftalens administrative del omhandler tre forskellige former for redskaber:

- indsatser, værktøjer og metoder, der som udgangspunkt er relevante i forhold til alle slags borgerkontakt med sundhedsvæsenet – de kan eksempelvis vedrøre kvalitet, økonomi og it;
- indsatser, værktøjer og metoder, som er relevante i forhold til bestemte dele af patienters forløb gennem sundhedsvæsenet: forebyggelse, behandling og pleje eller genoptræning og rehabilitering;
- indsatser, værktøjer og metoder, som relevante i forhold til specifikke målgrupper, eksempelvis ældre patienter, mennesker med en sindslidelse og samtidigt misbrug eller børn og unge.

Bilagsdelen rummer en række dokumenter som kan være vejledende og handlingsanvisende for den enkelte ansatte i sundhedsvæsenet i dennes møde med borgeren. Der kan være tale om specifikke samarbejdsaftaler, patientforløbsprogrammer, snitfladekataloger, casekataloger m.v. Bilagene er en del af sundhedsaftalen og har samme forpligtende karakter, som sundhedsaftalen.

Bilagsdelen er således med til at understrege sundhedsaftalens karakter af at være et opslagsværk, hvis enkelte dele næppe er lige relevante for alle potentielle læsere.

Ambitionen for arbejdet med sundhedsaftalen har derfor heller ikke været at udforme en aftale, der nødvendigvis skal læses i sin helhed for at kunne forstås. Ønsket har snarere været at udforme aftalen, så det er nemt for læseren at finde de dele, der er relevante for den pågældendes formål.

1. Vision

Sundhedssamarbejdets værdier

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

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

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

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

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

Udfordringer i de kommende år

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

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

Sundhedsaftalens tre hovedmål

Sundhedskoordinationsudvalget har udformet en vision med tre hovedmål:

Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

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

Sundhed for alle

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

Sundhed med sammenhæng

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

Under hvert hovedmål opstiller vi nogle overordnede mål, som vi omsætter til konkrete succeskriterier, der udtrykker, hvad det er, vi vil måles på. Hvor skal vi være senest ved udgangen af 2018? Disse succeskriterier vil blive uddybet og udbygget i sundhedsaftalens øvrige afsnit.

Sundhedsaftalens tre principper

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

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

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

1.1 Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En anden måde, hvorpå vi kan inddrage borgerne i vores overordnede beslutninger om sundhedsvæsenet, er gennem patient- og pårørendeorganisationerne. Vi er i aktiv dialog med Patientinddragelsesudvalget om, hvordan det bedst kan bidrage med erfaringer, viden og synspunkter, som kan være en vigtig del af grundlaget for vores beslutninger i sundhedsvæsenet.

Det vil vi måles på:

- Vi har en borger-/patientoplevet kvalitet, som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet.
- Vi lægger en fælles strategi med klare mål, der gør telemedicin til en del af den daglige drift.
- Vi spørger patienter og pårørende, om de føler sig inddraget i tilrettelæggelsen af patientforløbet.
- Vi udvikler en fælles model for den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne.

1.2 Sundhed for alle

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

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

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

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

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

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

Samtidig skal vi tænke helhedsorienteret i forhold til at give unge med mentale problemer mulighed for at få en uddannelse og sikre at mennesker med en sindslidelse får den rette hjælp til at komme videre i deres liv. Vi skal bidrage til, at disse borgere ikke bliver placeret eller fastholdt i en social udsat position. Her er tidlig opsporing afgørende.

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

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

Det vil vi måles på:

- Vi bidrager til, at den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom er stigende og nærmer sig den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed.
- Vi undersøger årsager til dårlig mental sundhed, herunder blandt børn og unge.
- Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som bidrager til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol.
- Vi bidrager i fællesskab til en tidlig, målrettet og tværgående indsats for udsatte borgere med risiko for at miste tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked.

1.3 Sundhed med sammenhæng

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

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

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

Sundhedsaftalen skal føre os endnu længere i den retning, rykke os tættere sammen og gøre samarbejdet mere forpligtende. Borgerens forløb gennem sundhedsvæsenet er tit meget komplekst. På et givet tidspunkt sker der ikke bare én ting ét bestemt sted i systemet. Mange ting sker samtidigt forskellige steder. Den kompleksitet skal vi blive bedre til at håndtere – ligesom borgerne skal kunne være trygge ved, at kvaliteten i alle sundhedsvæsenets led er i orden. Borgeren skal også have adgang til og mulighed for at dele information om eget forløb, og vi skal indtænke de sundhedsindsatser, som foregår i borgerens eget hjem.

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

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

Det kræver først og fremmest en klar arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner. Men det kræver også, at alle parter ser ud over deres egne ansvarsområder og har øje for, at de sammen med andre indgår som led i en kæde, som skal hænge sammen, hvis borgernes forløb gennem sundhedsvæse-

net skal være optimale. Sundhedsaftalen giver grundlaget både for en klar arbejdsdeling og for et velfungerende og gensidigt forpligtende samspil mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Almen praksis skal fortsat spille en nøglerolle, som er helt afgørende for at sikre sammenhængen i borgerens forløb. Det skal også fremover være almen praksis, som tager sig af de fleste patienter og vurderer, om de har behov for at blive sendt videre til sygehuset eller til et kommunalt sundhedstilbud. Vi vil bidrage positivt og konstruktivt til at udvikle rammerne om almen praksis sådan, at mulighederne for at indgå gensidigt forpligtende aftaler om arbejdsdeling og samarbejde styrkes. Det vil vi gøre med udgangspunkt i den gældende lovgivning og overenskomst.

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

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

Det vil vi måles på:

- Vi får færre forebyggelige (gen)indlæggelser.
- Vi udvikler tværsektorielle mål for kvaliteten og effekten af det, vi gør.
- Vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger, som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet, og som inddrager borgeren.
- Vi videreudvikler samarbejdsaftalen om borger/patientforløb (Sam:Bo), så den også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og vi implementerer den på det psykiatriske område.

2. Udgangspunkt

I dette kapitel udfoldes visionens principper og særlig vigtige fokuspunkter, som parterne er enige om at holde sig særligt for øje, når sundhedsaftalen skal omsættes til konkrete indsatser og resultater.

2.1 Den rehabiliterende tilgang

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

Tidlig opsporing og forebyggelse

Målet er både at sikre en god og hurtig tilbagevenden til hverdagen, når skaden er sket, og at undgå lidelser, som forhindrer deltagelse i hverdagslivets aktiviteter. En tidlig opsporing og forebyggende indsats, som sikrer, at sygdom opdages, inden den når at udvikle sig eller forværres, er således et væsentligt element i den rehabiliterende tilgang.

Den rehabiliterende tilgang

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

- at borgeren er et helt menneske, som har indflydelse på sit eget forløb
- at borgeren ønsker at forblive i og vende hurtigst muligt tilbage til hverdagslivets aktiviteter.

Tilgangen tager udgangspunkt i, at menneskets sundhedstilstand på én gang er et fysisk, psykisk og socialt anliggende. Udgangspunktet er borgerens behov, ligesom borgerens nærmeste så vidt muligt inddrages.

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

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

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

Den rehabiliterende tilgang er et fælles perspektiv på tværs af de forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet. Det er en forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb, at der er sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer og forvaltninger.

Den rehabiliterende metode

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

Nærværende sundhedsaftale er primært inspireret af definitionerne fra Marselisborgcenterets hvidbog samt WHO.

Følgende elementer er vigtige dele af den rehabiliterende metode:

1. En tidlig og forebyggende indsats
2. Udredning af borgerens funktions- og mestringssevne
3. Samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende.
4. Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen.
5. Vurdering af, hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
6. Relevante indsatser af høj faglig kvalitet.
7. Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge.
8. Løbende opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering.

Inden for første halvdel af aftaleperioden igangsættes et projekt om udvikling af en fælles model for den rehabiliterende tilgang indeholdende værktøjer og samarbejdsmodeller.

2.2 Borger-, patient- og pårørendeinddragelse

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

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

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

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

2.3 Fastholdelse i job og uddannelse

Det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når mennesker på grund af psykisk eller somatisk sygdom mister tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet.

Mennesker, som er i risiko for at falde ud af uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet, skal møde en målrettet, tidlig, helhedsorienteret, rettidig og sammenhængende indsats, som ofte går på tværs af de kommunale forvaltninger, de somatiske og psykiatriske behandlingstilbud og egen læge.

Reformerne på arbejdsmarkedsområdet har understreget behovet for en mere sammenhængende og koordineret indsats overfor den enkelte borger. De forudsætter strukturerede samarbejder mellem kommunen og regionen om bl.a. sundhedsfaglig rådgivning og vurdering. Med etableringen af rehabiliteringsteams, som involverer flere forvaltninger, og hvor regionen er repræsenteret ved en sundhedskordinator, er der skabt en ramme for mere helhedsorienterede indsatser. De erfaringer bygger vi videre på – også i forbindelse med implementeringen af sygedagpengereformen.

Det er et fælles mål for parterne, at borgerne så hurtigt som muligt opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i sit hverdagsliv. Det er ligeledes et fælles mål, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet og kort ventetid til udredning, behandling, genoptræning og/eller rehabilitering. Det samlede sygdomsforløb skal være så kort som muligt.

2.4 Styrket samarbejde ud fra LEON-princippet

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

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

Samtidig åbner den sundhedsfaglige udvikling netop mulighed for, at det rent teknisk er muligt at tilbyde mere til flere – men de økonomiske muligheder er ikke vokset tilsvarende.

Disse udviklingstendenser gør det endnu mere nødvendigt, at kommuner, regioner og praksissektoren arbejder sammen ud fra LEON-princippet. Det betyder, at opgaverne skal løses på det laveste effektive omkostningsniveau, sådan at samfundet får mest mulig sundhed for de ressourcer, der bruges i sundhedsvæsenet. Set i det lys er en tidlig opsporende og forebyggende indsats afgørende – både for den enkelte og for samfundet.

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

2.5 Tættere samarbejde med almen praksis

Der er med sundhedsaftalen etableret øget inddragelse af almen praksis, og der udarbejdes i regi af Praxisplanudvalget en praksisplan, der matcher de forskellige indsatsområder i sundhedsaftalen. Dermed skabes klarhed over de opgaver, der varetages i almen praksis og den nødvendige prioritering.

Der vil i den forbindelse være fokus på et gensidigt forpligtende samarbejde, som tydeliggør forudsætningerne for et optimalt samarbejde mellem sektorerne, herunder hvordan epikriser og henvisninger håndteres mest optimalt, samt hvilke krav der er til kommunikationen generelt mellem sektorerne.

I sundhedsaftaleperioden skal der således arbejdes med specifikke målsætninger for effektiv og kompetent kommunikation mellem sektorerne, således at man hurtigst muligt får den relevante information, og på et sådant niveau, at der kan handles derpå.

Der vil i sundhedsaftaleperioden endvidere være fokus på det tværsektorielle samarbejde om medicinbehandling særligt med henblik på at drage fordel af det Fælles Medicinkort (FMK), når dette er fuldt implementeret i sektorerne. Parterne forpligter sig således på at udvikle samarbejdet på lægemiddelområdet, når FMK er implementeret.

3. Mål

3.1 Målene i den politiske vision

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

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

Målsætningerne omsættes i de nedenstående succeskriterier. Den tekniske operationalisering af målsætningerne fremgår af bilag x.

| Målsætning | Succeskriterium |
|---|--|
| Vi har en borger-/patientoplevet kvalitet, som er stigende over tid, og som ligger over landsgennemsnittet. | Målene for borger/patientoplevet kvalitet udviser en stigning over tid og er højere end landsgennemsnittet. |
| Vi lægger en fælles strategi med klare mål, der gør telemedicin til en del af den daglige drift. | Et år efter sundhedsaftalens ikrafttræden er en tværsektoriel strategi for telemedicin med klare mål godkendt. |
| Vi spørger patienter og pårørende, om de føler sig inddraget i tilrettelæggelsen af patientforløbet. | Patienter og pårørende oplever at være tilstrækkeligt inddraget i patientforløbet. Alle sektorer bidrager med data for borger-/patientinddragelse og pårørende i relevant omfang. |
| Vi udvikler en fælles model for den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne | Inden for første halvdel af aftaleperioden foreligger værktøjer og samarbejdsmodeller, som understøtter den rehabiliterende tilgang. |
| Vi bidrager til, at den forventede middellevetid blandt borgere med psykisk sygdom er stigende og nærmer sig den middellevetid, der kendes fra befolkningen som helhed. | Den forventede levetid for borgere med psykisk sygdom i Syddanmark er højere i 2018 end ved aftalens indgåelse. Den forventede levetid for borgere med psykisk sygdom og den samlede befolkning i Syddanmark har nærmet sig hinanden i 2018 i forhold til ved aftalens indgåelse. |
| Vi undersøger årsager til dårlig mental sundhed, herunder blandt børn og unge. | Der gennemføres i første halvdel af aftaleperioden en kortlægning af viden om omfang af og årsager til, at unge i Syddanmark angiver dårligt selvoplevet helbred, herunder sociale risikofaktorer. Hvis kortlægningen giver anledning hertil, sættes der konkrete mål for reduktionen i andelen af unge i alderen 16-24 år, der rapporterer dårligt mentalt helbred i 2017. |
| Vi tilbyder udsatte grupper forebyggelsesindsatser, som bidrager til at mindske deres forbrug af tobak og alkohol. | Andelen af dagligrygere og personer med et sundhedsskadeligt alkoholindtag er lavere i 2017 end i 2013. |
| Vi bidrager i fællesskab til en tidlig, målrettet og tværgående indsats for udsatte borgere med risiko for at miste tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked. | Vi overholder aftalte ventetider på behandlings- og rehabiliteringsindsatser. |

| | |
|---|---|
| | |
| Vi får færre forebyggelige (gen)indlæggelser. | Sundhedsaftaleindikatorerne for forebyggelige (gen)indlæggelser inden for somatikken og psykiatrien skal vise lavere værdier i 2018 end i 2015 ¹ . |
| Vi udvikler tværsektorielle mål for kvaliteten og effekten af det, vi gør. | To år efter aftalens indgåelse skal tværsektorielle borgerorienterede kvalitets- og effektmål være udviklet og testet (jf. udviklingsaftalen, afsnit 4.2.6). På baggrund af testen fastsættes ambitionsniveauet via fælles mål for kvalitet og effekt. |
| Vi udvikler og anvender telemedicinske løsninger, som håndterer samtidige forløb og indsatser i hjemmet, og som inddrager borgeren. | Der udarbejdes i aftaleperiodens første år en strategi for telemedicin. Der indgås og gennemføres en udviklingsaftale om telemedicin. |
| Vi videreudvikler samarbejdsaftalen om borger/patientforløb (Sam:Bo), så den også kan håndtere forløb, som rækker ud over sygehus og hjemmepleje, og vi implementerer den på det psykiatriske område. | Udviklingen af den digitale kommunikation i regi af SAM:BO skal fra aftalens indgåelse ske parallelt på det somatiske og psykiatriske område. Ved periodens ophør er SAM:BO fuldt implementeret på psykiatriområdet, så den er på samme niveau som somatikken. Syddanmark skal bevare førerpositionen, når det gælder et lavt antal færdigbehandlingsdage. |

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

4. Udvikling

4.1 Formål

Udviklingsaftalen omhandler en række felter, hvor kommuner og region er enige om at arbejde sammen med fælles formål, men hvor der er forskellige opfattelser af midler, tempo og graden af forpligtelse i samarbejdet.

Et væsentligt element i udviklingsaftalen er således projekter, som handler om at afprøve konkrete tiltag i regionen, almen praksis og en eller flere kommuner for at afklare, om der er grundlag for siden at udbrede dem.

Sundhedskoordinationsudvalget har valgt følgende temaer:

- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Fastholdelse i job og uddannelse
- Den rehabiliterende tilgang
- Mental sundhed
- Telemedicin
- Borgerorienterede kvalitets- og effektmål

Som led i den årlige revision af sundhedsaftalen gør Sundhedskoordinationsudvalget status på de projekter og andre tiltag, som indgår under temaerne – dette blandt andet med henblik på at afklare, om der er grundlag for at udbrede dem til hele regionen. Desuden vil Sundhedskoordinationsudvalget vurdere, om nye temaer, projekter eller andre tiltag bør inkluderes i udviklingsaftalen, samt om udviklingsaftalens projekter og indsatser kan udrulles til andre.

Udviklingsaftalen omhandler projekter og tiltag, som parterne er enige om har et muligt udbredelsespotentiale. Herudover er der naturligvis stadig mulighed for at indgå bilaterale aftaler om særlige driftsmæssige forhold mellem regionen og den enkelte kommune. Sådanne lokale aftaler er af frivillig karakter. De indgår ikke i sundhedsaftalen og kan ikke have forrang eller træde i stedet for denne.

I forbindelse med den årlige revision af sundhedsaftalen, skal det overvejes, hvorvidt en eller flere lokale aftaler har udbredelsespotentiale og dermed kan indgå i udviklingsaftalen. Ved indgåelse af aftaler om nye aktiviteter eller initiativer skal det drøftes mellem parterne, om der skal ske en prioritering i forhold til eksisterende aktiviteter.

4.1.1 Projekter med fælles ressourceindsats

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

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

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

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

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

4.2 Strategiske udviklingsindsatser

På baggrund af sundhedsaftalens vision om:

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

indgås aftaler om følgende:

4.2.1 Forebyggelse og tidlig opsporing

Med denne udviklingsaftale sættes fokus på den tidlige og forebyggende indsats, inden borgere bliver patienter. Det handler om at forebygge, at psykisk eller somatisk sygdom opstår eller forværres, men også om proaktivt at opspore tegn på sygdom, når den ansatte i kommune, sygehus eller almen praksis er i kontakt med borgeren - også selv om anledningen i udgangspunktet er et andet. Målet er at undgå eller udskyde en behandlende indsats.

I indsatserne skal der være særligt fokus på behovet for en individuelt tilrettelagt tilgang - hvad den ene borger måske selv kan klare, kan den anden borger have behov for hjælp til. Der skal også være særlig fokus på indsatsen over for børn og unge og deres familier. Meget er vundet for både den enkelte og samfundet ved at sætte tidligt ind.

Konkrete projekter:

- Forsknings- og samarbejdsprojektet Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF). Målet er at skabe sunde vaner og opspore og forebygge livsstilsrelaterede sygdomme.

- Projekt Integrated Care, som har til formål at udvikle samarbejdet mellem sektorerne, særligt med henblik på en tidlig og integreret indsats for de mest udsatte borgere. Det drejer sig i første omgang om borgere med stress, angst, depression samt den ældre, medicinske patient.

4.2.2 Fastholdelse i job og uddannelse

Med denne udviklingsaftale sættes der fokus på, at mennesker i risiko for at falde ud af uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet oplever en sammenhængende og effektiv indsats. Indsatsen skal være målrettet, tidlig, helhedsorienteret, rettidig og sammenhængende – også når flere sektorer og forvaltninger er involveret. Målet er, at borgerne hurtigt opnår et funktionsniveau, der gør det muligt at fastholde job eller uddannelse.

Konkrete projekter:

- Når nye samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer udarbejdes, prioriteres de grupper, som er i særlig risiko for at ende uden for uddannelse og arbejdsmarked – f.eks. mennesker med psykiatriske lidelser, funktionelle lidelser og lidelser i bevægeapparatet.
- Fælles retningsgivende mål og handleplaner for borgere, som er i kontakt med social- og behandlingspsykiatri og arbejdsmarkeds- eller uddannelsesområdet.

4.2.3 Den rehabiliterende tilgang

Med denne udviklingsaftale sættes der fokus på behovet for at skabe et fælles sprog for og fælles metoder til at arbejde ud fra den rehabiliterende tilgang på tværs af sektorerne. Formålet hermed er at understøtte borgerne i at mestre egen sundhed og eget liv.

Udviklingsaftalen skal bidrage til, at borgeren i hele sundhedsvæsenet bliver mødt af medarbejdere, der arbejder ud fra den fælles rehabiliterende tilgang, og at borgeren dermed oplever en sammenhæng i indsatsen.

Konkret projekt:

- Udvikling af en fælles model for den rehabiliterende tilgang indeholdende værktøjer og samarbejdsmodeller.

4.2.4 Mental sundhed

Mental sundhed er at have det godt og være tilfreds med livet men også at kunne klare dagligdags gøremål som arbejde og uddannelse samt at man indgår i sociale relationer med familie, venner og kollegaer mv.

Der er brug for et fælles vidensgrundlag om årsagerne til dårligt mentalt helbred, herunder i hvilken grad det mentale helbred påvirkes af individuelle problemstillinger, sociale faktorer og samfundsmæssige forhold.

Samtidig skal vi sikre at borgere, der oplever modstand i perioder af deres liv ikke i unødvendigt omfang sygeliggøres men derimod kan modtage relevant støtte fra nærmiljøet og ikke nødvendigvis fra sundhedsvæsenet.

Konkrete projekter:

- I første halvdel af aftaleperioden gennemføres en kortlægning af viden om omfanget af og årsager til dårlig mental sundhed, herunder hvorfor særligt unge i Syddanmark angiver dårlig selvoplevet mental sundhed.
- Hvis kortlægningen giver anledning hertil, sættes der konkrete mål for reduktionen i andelen af borgere, der angiver at have dårligt mentalt helbred i 2017, eventuelt specificeret på særlige målgrupper. På denne baggrund igangsættes opfølgende indsatser, f.eks. fælles kompetenceudvikling.

4.2.5 Telemedicin

Med SAM:BO har vi i Syddanmark tidligt fået gode, enkle og effektive digitale kommunikationsgange. Digitaliseringen har bidraget til kvalitet i forløbene, hvilket bl.a. giver sig udslag i et meget lavt antal færdigbehandlingsdage. Med denne sundhedsaftale tager parterne skridt til at bevare Syddanmarks førerposition.

Nye telemedicinske indsatser skal sikre, at borgeren og patienten også kan tilgå data og dele information. Relevante sundhedsindsatser, som foregår i borgerens eget hjem, skal også være omfattet af digital kommunikation.

Bevægelsen mod et mere integreret samarbejde skal afspejles i den digitale understøttelse. Således skal de særligt komplekse forløb, som ofte forudsætter, at borgeren og de fagprofessionelle har adgang til de samme oplysninger på en gennemsigtig måde, kunne håndteres. Vi skal arbejde hen mod fælles behandlingsplaner i særligt komplekse patientforløb. Nye telemedicinske løsninger, herunder i borgernes hjem, skal løbende kunne integreres i den digitale kommunikation og dataudveksling. Målet er et mere effektivt og ensartet grundlag for nærhed og optimal borger- og patientdialog. Borgeren skal være i centrum og opleve sundhedsvæsenet som en helhed.

Konkrete projekter:

- Shared Care Platform, et værktøj som understøtter integrerede samarbejder på tværs af sektorer og organisationer - samt i borgerens hjem, og som bidrager til styrket patient og borgerinddragelse.
- Fælles fiberbaseret infrastruktur og platform for telemedicinske løsninger, som kan bruges af både borgere og det offentlige.

4.2.6 Borgerorienterede kvalitets- og effektmål

I takt med at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis bliver tættere, stiger behovet for at udvikle fælles borgerorienterede mål for effekt og kvalitet.

For at nå ambitionen om et mere borgerorienteret, rehabiliterende og tættere samarbejde mellem sundhedsaftalens parter, er der behov for at udvikle borgerorienterede kvalitets- og effektmål.

På denne baggrund indgås en udviklingsaftale, som har til formål at udvikle og afprøve fælles værktøjer på borger-/patientniveau, som kan anvendes på tværs af sektorerne.

Konkret projekt:

- Udvikling af tværsektorielle borgerorienterede mål for kvalitet og effekt.

5. Ramme

5.1 Sundhedsaftalen og den politiske organisering

Dette afsnit giver et overblik over de juridiske rammer for sundhedsaftalen, og de udvalg der indgår i udarbejdelsen af denne. Endvidere gives også overblik over de relevante relationer til praksissektoren.

5.1.1 Sundhedsaftalen

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

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

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

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

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

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis indgår i sundhedsaftalearbejdet gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget. Almen praksis er i henhold til sundhedsloven forpligtet til at udøve sin virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver,

som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

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

Relevante parter fra den øvrige praksissektor inddrages i udarbejdelse og implementering af udviklings- og samarbejdsaftaler, hvor det er relevant.

5.1.2 Sundhedskoordinationsudvalg og relation til øvrige udvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen (PLO). Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder udkast til én fælles sundhedsaftale og understøtter, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

I henhold til sundhedsloven etableres et praksisplanudvalg for almen praksis i hver region. Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget.

I henhold til sundhedsloven nedsættes der i hver region et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser.

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

5.1.3 Sammenhæng med andre politikker og planer

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

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

Praksisplanen for almen praksis er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj i forholdet mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage,

snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Praksisplanen skal beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning, herunder spørgsmålet om sikring af lægedækning i alle egne af regionen, og den indholdsmæssige del i relation til f.eks. sundhedsaftalen. Planen skal endvidere forholde sig til den strukturelle udvikling og opgavevaretagelsen i almen praksis under hensyntagen til udviklingen i det samlede sundhedsvæsen.

Praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges sundhedskoordinationsudvalget.

5.1.4 Private sygehuse og andre private leverandører mv.

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

5.1.5 Ligestilling mellem psykiatri og somatik

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

5.1.6 Ikrafttræden, revision og fortolkning

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

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

Det skal dog samtidig præciseres, at andre aftaler, som efterfølgende er indgået på baggrund af selve sundhedsaftalen, eller med henvisning til sundhedsaftalerne 2011-2014, eller som følge af sundhedsaftalerne, ikke bortfalder med den nuværende sundhedsaftale. Indeværende sundhedsaftale har forrang, idet der igangsættes en løbende opdatering af øvrige tværsektorielle aftaler, således at disse er tilrettet den nugældende sundhedsaftale ultimo 2015.

I konkrete tvivlstilfælde leveres de nødvendige ydelser til patienten/borgeren, og fortolkning af sundhedsaftalen, herunder spørgsmål om ansvar mv., afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

6. Tværgående temaer

6.1 Kvalitet på tværs af sektorer

Tilknyttede underaftaler mv.

- Tværsektoriel kvalitetsstrategi
- Regional vejledning - Utsigtede hændelser i sektorovergange. Revideres løbende.

6.1.1 Formål

Formålet med denne aftale er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende, sikker og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Parterne er enige om, at kvalitetsudviklingen på det tværsektorielle sundhedsområde til gavn for patienten og det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb er et fælles mål for parterne.

6.1.2 Fælles principper for arbejdet med kvalitet

I den seneste aftaleperiode blev der formuleret en fælles 'Tværsektoriel kvalitetsstrategi' for sundhedsområdet i Region Syddanmark. Strategiens principper er fortsat gældende for arbejdet med kvalitet på det tværsektorielle sundhedsområde, og de lægges til grund for nye aftaler og initiativer. Kvalitet skal således ses som en integreret del af arbejdet med at udvikle og implementere sundhedsaftalens initiativer og aftaler.

6.1.3 Forskning og udvikling

Indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen skal så vidt muligt være baseret på viden og evidens.

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

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

Parterne er enige om, at der i aftaleperioden etableres et forskningsprojekt, der har til formål at udvikle og/eller afprøve og evaluere et redskab til effektmåling af patientuddannelse (jf. afsnit 6.3)

6.1.4 Evaluering og dokumentation i det tværgående kvalitetsarbejde

Evalueringmetoden og beskrivelsen af målsætningerne bør vælges i overensstemmelse med det aktuelle evidensniveau. Ofte er kvalitative metoder som audits, ikke mindst tracerforløb, hvor en borger/patients samlede forløb gennemgås, et nyttigt værktøj til kvalitetsudvikling i det tværsektorielle samarbejde. Redskaber til fælles kvantitativ kvalitetsmonitorering bør som udgangspunkt udvikles på nationalt niveau.

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

Parterne er enige om, at der etableres et udviklingsprojekt, som har til formål at udvikle tværsektorielle borgerorienterede kvalitetsmål. To år efter sundhedsaftalens vedtagelse skal borgerorienterede kvalitetsmål være udviklet og testet. Når redskabet er udviklet, vil det kunne finde anvendelse på indsatser og udviklingsarbejder i regi af sundhedsaftalen.

6.1.5 Patienternes sikkerhed og Utilsigtede Hændelser (UTH) i sektorovergange

Parterne er enige om at patienternes sikkerhed er et centralt aspekt ved tilrettelæggelsen og udførelsen af aktiviteterne i forbindelse med patient-forløb på tværs af sektorerne. Arbejde med patienternes sikkerhed handler om mere end at begrænse omfanget af fejl og skader.

Hovedvægten i arbejdet med patienternes sikkerhed og rapporterede utilsigtede hændelser retter sig mod en læring i organisationerne. Læringen på tværs styrkes ved at supplere med viden opnået på anden måde end gennem de utilsigtede hændelser, f.eks. gennem sikkerhedsrunderinger, gennem risikovurderinger af de daglige rutiner i sektorovergangene og vurderinger af om aftaler mellem sektorerne fungerer, som planlagt.

Rapporterede hændelser kan være eksempler på situationer, hvor aftalerne eller indsatserne måske ikke har fungeret efter hensigten. Parterne er enige om, at opfølgning på rapporterede utilsigtede hændelser som udgangspunkt sker i de fora, hvor der i forvejen arbejdes med området, og indgår som én af flere datakilder i overvågningen og opfølgningen på aftalerne.

Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis forpligter sig til at medvirke i fælles risikovurderinger, blandt andet med henblik på at beskrive sandsynlige patientsikkerhedsmæssige konsekvenser ved ændringer i opgavevaretagelsen. Målet er at understøtte forbedring af patientsikkerheden ved udvikling af sundhedsvæsenet.

Hændelser relateret til medicinering udgør en meget stor del af de rapporterede utilsigtede hændelser. Hertil kommer tidsforbrug til opfølgende kontakt for at afklare fejl og uoverensstemmelser i medicinlister. Der er et særligt behov for mere evidensbaseret viden i forhold til forbedring af sikkerheden ved medicinering tværsektorielt, som imødekommer muligheder og risici ved ny teknologi.

6.1.5 Kompetenceudvikling og videndeling

Det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen har i stigende grad brug for mere viden, nye kompetencer og udbygget dialog mellem sektorerne. Og for at kunne anvende den eksisterende viden og de kompetencer, der allerede findes, på en bedre måde. Derigennem kan der skabes høj kvalitet og patientsikkerhed for borgerne. Forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering er i voksende grad evidensbaseret. Kommune, sygehus og almen praksis er gensidigt afhængige af hinanden med hensyn til deling af viden og kompetenceudvikling.

Når opgaver overdrages mellem sektorerne, er der i det sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen behov for at formidle og udveksle viden. Kompetenceudvikling og videndeling er derfor ikke mål i sig selv, men midler til at opnå høj kvalitet og patientsikkerhed i tværsektorielle patientforløb.

Formålet med kompetenceudvikling og videndeling er at udvikle en mere systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden. Når viden kan overføres og udveksles mellem sektorer, opnås en mere fleksibel anvendelse af den viden, der allerede findes indenfor det samlede sundhedsvæsens rammer.

Formålet er også at udvikle samarbejde og koordineringen på tværs af sektorer. Fælles sprog og gensidigt kendskab på tværs af sektorer og fag fører til gensidig respekt og forståelse. Dette vil øge patienttilfredsheden, behandlingskvaliteten, patientsikkerheden og medarbejdertilfredsheden.

Allerede i dag foregår der kompetenceudvikling, rådgivning og videndeling på tværs af sektorerne. Der er f.eks. adgang til, at sundhedspersonalet i én sektor kan kontakte sundhedspersonale i en anden for at drøfte konkrete patienter og deres konkrete tværsektorielle patientforløb. Det foregår eksempelvis mellem almen praksis og sygehusene og mellem almen praksis og kommunen, f.eks. hjemmeplejen.

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

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

Parterne er enige om, at der udarbejdes en aftale for tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse (§ 119, stk. 3 i Sundhedsloven). I samme aftale beskrives også en organisering på området, ligesom aftalen skal indeholde en beskrivelse af læringsformer, som kan indgå, f.eks. e-læring og webinarer.

6.2 Økonomi, aktivitet og planlægning

6.2.1 Formål

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

Kommunerne og Region Syddanmark, herunder regionens praksissektor, forpligter sig som beskrevet i denne aftale til at levere aktivitetsdata samt andre nødvendige oplysninger i forbindelse med opgaver og analyser, der understøtter en hensigtsmæssig koordinering af kapacitet og styring i de respektive sektorer. Data leveres på det relevante niveau i forhold til analyseformålet.

6.2.2 Udveksling af aktivitetsdata

Parterne stiller nødvendige data til rådighed på baggrund af dialog om behov og fælles forståelse af formålet. Regionen orienterer årligt kommunerne og almen praksis om de generelle forventninger til det kommende års udvikling i aktivitet, baseline, aktivitetsvækstkrav og medfinansiering for de enkelte sygehusområder og for praksisområdet.

Sygehusene orienterer løbende kommunerne og praksisplanudvalget om eventuelle forventede større aktivitetsændringer. Kommunerne orienterer tilsvarende sygehusene og praksis om forventede ændringer i aktiviteter og service.

Region Syddanmark stiller de nødvendige data om egen og praksissektorens aktivitet og service mv. til rådighed for analyse- og planlægningsarbejde. Kommunerne stiller data til rådighed for regionen med henblik på analyse- og planlægningsarbejde. Data kan f.eks. omhandle ydelser og serviceniveau inden for hjemmesygepleje, genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme mv.

På dette grundlag udarbejdes en fælles ramme om den praktiske udveksling af data indeholdende, formål, kontaktpersoner, procesbeskrivelse og kadence/tidsfrister. Parterne drøfter løbende behovet for at udvikle et mere ligeligt datagrundlag for økonomi og aktivitet.

6.2.3 Koordinering af kapacitet

Den myndighed, der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling, der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet og tilgængelighed. Tilgængelighed indebærer, at fagpersoner, som samarbejder om et borger-patient forløb, er tilgængelige for hinanden.

I forhold til almen praksis har det særligt fokus at sikre generel tilgængelighed, herunder handicapvenlige adgangsforhold, jf. overenskomstens bestemmelser.

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

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

6.2.4 Sundhedsplanlægning

Struktur- og kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Syddanmark, herunder almen praksis, inddrager og orienterer hinanden via høringer. Kommunerne og praksissektoren inddrages i udarbejdelsen af Region Syddanmarks sundhedsplan og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sektorerne.

6.2.5 Fælles analysearbejde

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

Parterne ønsker at indgå i samarbejder med fælles finansiering om konkrete projekter og indsatser, når det kan være et redskab til at sikre en mere sammenhængende og effektiv drift.

6.2.6 Opfølgning

Det vurderes løbende:

- om udvekslingen af data og aktivitetsforudsætninger mellem sygehus, praksis og kommuner fungerer efter hensigten,

- om den fornødne koordinering af kapacitet har kunnet sikres og
- om de ønskede analyser har kunnet tilvejebringes

Vurderingen indgår i den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget.

6.2.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse og delegation

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse behandlingsopgaver, som foregår i sygehusregi, helt eller delvist kan varetages i kommunalt regi eller almen praksis, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Også opgaver i kommunerne eller i almen praksis vil, ud fra samme begrundelser, kunne varetages i en af de andre sektorer. Når opgaver flyttes mellem sektorerne sker det aftalt og planlagt, så parterne har tid til de nødvendige omstillinger.

Forudsætningen herfor er:

- dialog og inddragelse med henblik på fælles forståelse af fremtidig praksis og ressourcebehov på berørte områder
- fastlæggelse af den kompetenceudvikling opgaveoverdragelsen fordrer samt fyldestgørende kommunikation i implementeringsprocessen
- eventuelle konsekvensvurderinger

Overdragelse af ikke forbeholdte sundhedsfaglige opgaver

Der kan være tale om forskellige typer af opgaver, som kan overdrages mellem sektorerne. En del af de indsatser, der iværksættes i forbindelse med patientuddannelserne på sygehusene, vil med fordel kunne overdrages til kommunen, så nærhed og borgerens mulighed for at deltage i et sammenhængende rehabiliteringstilbud med udgangspunkt i den enkeltes livssituation styrkes. Overdragelse af den type af opgaver skal overholde en dokumenteret sundhedsfaglig kvalitet, og der skal sikres tydelighed omkring, hvilke kompetencer mv., der er nødvendige for de medarbejdere, der skal løse opgaven.

Opgaveoverdrager skal, både ved overdragelse af forbeholdte og ikke forbeholdte sundhedsfaglige opgaver, medvirke til den nødvendige kompetenceudvikling, f.eks. ved vederlagsfri undervisning fra de fagpersoner, som hidtil har udført opgaven. De nærmere rammer for dette aftales i forbindelse med opgaveoverdragelse.

Der sker også løbende opgaveoverdragelse mellem sygehuse og almen praksis. Principper for dette aftales i Praksisplanen.

Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

Kommunerne løser allerede i dag mange komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver, herunder lægeordinerede behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen, som er overdraget kommunen som delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Da der påhviler sundhedspersoner særligt ansvar og forpligtelse jf. autorisationslov og sundhedsloven, gøres nedenstående aftale om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed gældende. Aftalen har til formål at sikre tydelighed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Aftale om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed på tværs af sektorgrænser

Autoriserede sundhedspersoner med en forbeholdt virksomhed kan delegerer til andre at udføre opgaver inden for den forbeholdte virksomhed (bruge medhjælp). I det nedenstående opstilles rammen for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehuse i Region Syddanmark og kommunale medarbejdere – såvel sundhedsfaglige som ikke-sundhedsfaglige medarbejdere på såvel det psykiatriske som det somatiske område, når de udfører lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Overordnede principper

Samarbejdet om delegation af forbeholdt virksomhed på tværs af sektorgrænser bygger på følgende overordnede principper og retningslinjer:

- Hensyn til patientens behov og selvbestemmelsesret.
- Kvalitet og patientsikkerhed. Den delegerende part og medhjælp skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed og sikre, at delegationen sker til patientens bedste og lægefagligt, sygeplejefagligt og socialt ansvarligt.
- LEON-princippet: Opgaverne skal løses på det laveste effektive omkostningsniveau.
- Klare rammer og en klar ansvarsplacering: Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed må ikke føre til, at der sker en generel uplanlagt og uaftalt opgaveoverdragelse

Samarbejdet tager udgangspunkt i Bekendtgørelse og Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp.

Delegation til den kommunale hjemmesygepleje

Behandlingsopgaver, som den kommunale hjemmesygepleje udfører efter lægeordination er altid delegeret sundhedsfaglig virksomhed.

Det er kommunalbestyrelsen, der har det overordnede ansvar for, at der foreligger tilstrækkelige instrukser, at personalet er kvalificeret til at udføre opgaverne, samt at føre tilsyn med opgaverne.

Dog er det den delegerende læges ansvar at sikre sig, at den udarbejdede instruks for udførelsen af opgaverne er dækkende. Behandlingsansvaret er altid hos den læge (praktiserende eller anden læge), som varetager behandlingen. Det lægelige behandleransvar skal altid være afklaret og kendt, og lægen skal være tilgængelig for det udførende personale. Det skal være tydeligt for den medarbejder i kommunen, som udfører delegeret sundhedsfaglig virksomhed, til hvem og i hvilke

situationer, medarbejderen kan henvende sig i tilfælde af komplikationer eller uforudsete problemstillinger. Det skal altid fremgå tydeligt, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

Medhjælpen er ansvarlig for at frasige sig en opgave, som den pågældende ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

Delegation til andre kommunale institutioner (f.eks. botilbud for fysisk og psykisk handicappede)

Lægen kan delegere, typisk medicingivning, til institutioner, hvor der ikke er sundhedsfagligt uddannet personale. Det er kommunen der har ansvaret for at sikre, at der er personale, der er instrueret og oplært i almindelig medicingivning – eller at gøre lægen opmærksom på, hvis det ikke er tilfældet. Lægen skal i disse situationer tage stilling til, om medicingivningen kan varetages af personalet efter tilstrækkelig instruktion, om en hjemmesygeplejerske skal give medicinen, eller om patienten eventuelt skal indlægges på sygehus.

Ansvar ved delegation

Alle involverede parter ved delegation har et ansvar for at tilgodese patientsikkerheden. I Vejledningen om delegation af sundhedsfaglige virksomhed, er beskrevet hhv. ledelsens ansvar, den autoriserede sundhedspersons ansvar (den delegerende), samt medhjælpens ansvar (som kan være en autoriseret sundhedsperson, men ikke nødvendigvis).

Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse, herunder delegation

Det daglige samarbejde omkring opgaveoverdragelse kan ofte løses lokalt. En fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse må ikke hindre et fleksibelt samarbejde, så længe der er fælles fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Desuden er det vigtigt, at der i forbindelse med det daglige samarbejde er opmærksomhed på, at visse former for aftaler om opgaveoverdragelse kan have konsekvenser for andre end de parter, der aktuelt indgår aftalerne.

For at sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelsesproces udarbejdes i regi af Det administrative Kontaktforum i første del af aftaleperioden en samlet model for opgaveoverdragelse, herunder delegation. Modellen skal indeholde:

- Retningslinjer for, hvornår en opgave bør overdrages (på baggrund af vejledning om delegation mv.)
- Fælles forståelsesgrundlag for de juridiske, sundhedsfaglige og patientsikkerhedsmæssige forhold ved opgaveoverdragelse, herunder delegation.
- En skabelon for overdragelsesaftaler, som sikrer, at bl.a. opgaven, de nødvendige kompetencer og de samfundsøkonomiske konsekvenser beskrives.
- Følgegruppe for opgaveoverdragelse og delegation.

Følgegruppen nedsættes af Det administrative Kontaktforum og skal generelt følge området og skal behandle konkrete forslag eller ønsker til opgaveoverdragelse efter de i modellen fastsatte principper. Følgegruppen skal, på baggrund af den udarbejdede model, kvalificere beskrivelsen af

disse opgaver både fagligt, organisatorisk og aftalemæssigt og såfremt beskrivelsen giver anledning til dette, rejse en sag i det Administrative Kontaktforum med henblik på evt. opfølgning på opgaveoverdragelsen, evt. også i Praksisplanudvalget hvis opgaven primært vedrører almen praksis.

Følgegruppens formandskab består af repræsentanter på ledelsesniveau, resten af gruppen består af udvalgte fagpersoner, udpeget af parterne jf. kommissorium.

6.3 Velfærdsteknologi og telemedicin

6.3.1 Formål

Samarbejdet om velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte borgerens uafhængighed i hverdagen og gøre mødet med sundhedsvæsenet lettere, ligesom det skal fremme kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets sektorgrænser.

Parterne er enige om, at anvendelse og udvikling af tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal understøtte sundhedsaftalens vision, mål og indsatser ved at:

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

6.3.2 Principper og forudsætninger

Samarbejdet om tværsektoriel velfærdsteknologi og telemedicin skal fortsat udbygges og udvikles i Syddanmark på baggrund af gode resultater med det digitale fællesskab. Fælles perspektiver for digitaliseringens mål, implementering og principper må hvile på enighed om forudsætninger for økonomi og samarbejde. I nedenstående beskrives principper og forudsætninger for samarbejdet.

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

Det er det faglige samarbejde, den konkrete arbejdssituation samt behovet for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger der tages i anvendelse. Målet er, at data kun registreres én gang, uanset hvor i sundhedssektoren de opstår.

Telemedicin skal implementeres organisatorisk. Telemedicinske projekter er først og fremmest organisationsudviklingsprojekter og dernæst tekniske projekter. Projekterne skal planlægges, ledes og gennemføres med både organisationsudvikling og teknisk udvikling for øje. Der skal endvidere sikres kompetenceudvikling og uddannelse i relation til brug af ny teknologi og arbejdsgange mv.

Informationssikkerhed og patientsikkerhed er grundlæggende hensyn og skal derfor tænkes ind i nye løsninger helt fra begyndelsen. Relevante informationer skal deles og være tilgængelige i videst muligt omfang, ligesom terminologier og datadefinitioner i størst muligt omfang skal være fælles. Personfølsomme data deles ikke, jf. lovgivning herom, f.eks. informeret samtykke. Leverandør- og teknologiafhængighed skal tilsigtes.

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

Der skal sigtes imod bæredygtige rammebetingelser for udvikling og implementering af telemedicinske løsninger. Heri indgår inddragelse af borgenes eget udstyr i videst muligt omfang.

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

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

Parterne er enige om, at følgende områder skal prioriteres i aftaleperioden:

- Udbredelse af MedCom-standarder
- Udbredelse og koordineret ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort
- Udbredelse af telemedicinsk sårvurdering
- Udbredelse af teleudskrivningskonferencer

- Afprøvning og evt. udbredelse af Shared Care Platformen til styrkelse af det tværsektorielle samarbejde på baggrund af afprøvning
- Afprøvning og evt. udbredelse af telepsykiatri

Desuden skal almen praksis' mulighed for at afprøve og implementere ny teknologi og nye arbejdsformer understøttes, herunder brug af videokonference, elektronisk kommunikation mellem kommune og lægepraksis og telemedicinske løsninger.

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

6.3.3 Udviklingsområder

På baggrund af sundhedsaftalens prioritering af et mere rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng udarbejdes en tværsektoriel strategi for velfærdsteknologi og telemedicin, hvor væsentlige elementer vil være:

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

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

7. Obligatoriske indsatsområder

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

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

7.1 Forebyggelse

7.1.1 Formål

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

7.1.2 Principper for samarbejdet

Forebyggelsesindsatserne bygger på gensidig tillid til at både almen praksis, kommunerne og sygehuse kender til og sikrer udbredelse og implementering af de relevante indsatser, som er gældende inden for egen sektor. Gennem koordination mellem parterne skal det sikres, at dublerende tilbud undgås.

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

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

Almen praksis og sygehuse kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud. I aftaleperioden er målet, at alle kommuner kun skal have én indgang for henvisning. På den måde får kommunerne styrket mulighed for i dialog og samarbejde med borgeren at tilrettelægge et optimalt individuelt rehabiliteringsforløb. Samtidig lettes henvisningsproceduren for parterne.

Når den indholdsmæssige ramme er besluttet, og de teknologiske muligheder er til stede, skal der udarbejdes slutstatus for indsatsen, som sendes til den henvisende part og egen læge ved forløbets afslutning.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker danner grundlag for en kvalificering af forebyggelsesindsatserne i kommunen. Fremdriften i implementeringen vil være forskellig fra kommune til kommune.

7.1.3 Sammenhængende forebyggelsesforløb

Et forebyggelsesforløb bliver sammenhængende via koordinering af følgende elementer:

1. Relevant registrering og henvisning samt kommunikation og samarbejde på tværs af de sektorer, der er involveret i det konkrete forebyggelsesforløb.
2. Information om, motivering for og gennemførelse af selve forebyggelsesaktiviteten, hvor borgeren eller patienten er aktivt involveret.

Der findes forskellige typer af forebyggelsesforløb:

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

Kommunernes forebyggelsestilbud beskrives på sundhed.dk.

Forebyggelsesindsatser som en del af det samlede patientforløb

I forbindelse med alle konkrete samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer om specifikke målgrupper, beskrives og aftales det konkrete samarbejde om en sammenhængende og forebyggende indsats, som skal iværksættes for de enkelte målgrupper. Især den patientrettede forebyggelsesindsats kræver et tæt samarbejde på tværs af sektorer. Den enkelte sektors specifikke opgaver og ansvar beskrives og aftales med udgangspunkt i bl.a. kliniske retningslinjer samt anden faglig evidens. Aftalerne skal endvidere beskrive procedurer for henvisning og videregivelse af relevante informationer. Herudover skal dublerende tilbud på forebyggelsesområdet undgås.

7.1.4 Konkrete indsatser

På baggrund af sundhedsaftalens vision iværksættes følgende konkrete indsatser:

Ernæringscreening

Sygehusene foretager, som en del af deres forebyggende indsatser for indlagte patienter, ernæringscreeninger på konkrete patientgrupper, f.eks. småtspisende ældre.

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

Målet med aftalen er at reducere antallet af forebyggelige (gen)indlæggelser af ernæringsmæssige årsager.

Hygiejne

Ved aftaleperiodens start, igangsættes et arbejde med henblik på at udvikle et tværsektorielt samarbejdsaftale omkring infektionshygiejnisk forebyggelse. Samarbejdsaftalen skal indeholde en model for rådgivning og kompetenceudvikling, og der skal udarbejdes en fælles regional aftale om konkrete ydelser fra sygehusene til kommunerne. Den fælles aftale skal sikre ensartede forhold på tværs af regionen og tydeliggøre hvilke ydelser, der ligger inden for regionens rådgivningsforpligtelse (jf. Sundhedsloven § 119) og som derved er vederlagsfri.

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

Faldforebyggelse

Der udarbejdes en aftale om samarbejde, videndeling og kompetenceudvikling omkring faldforebyggelse. I aftalen indgår konkrete værktøjer til identifikation af risikofaktorer samt effektmonitorering.

Forebyggelse forud for operation

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

Målet er at øge patientens samlede rehabiliteringspotentiale og nedsætte antallet af komplikationer ved operative indgreb.

Borgere med misbrug af rusmidler samt deres familier

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

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

Tidlig opsporing og indsats overfor mennesker med en sindslidelse

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

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

Et særligt fokusområde er at sikre samtalerapi i almen praksis for patienter med visse former for stress, angst og depression. Tilrettelæggelsen aftales i praksisplanen.

7.1.5 Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne

Regionen rådgiver kommunerne på forebyggelsesområdet, jf. sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

Rådgivningen har primært fokus på større forskningsprojekter, som kan understøtte udviklingen af kvalitets- og effektmål.

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

Rådgivningsfunktionen er desuden ramme for udvikling og gennemførelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der kan generere nye samarbejds måder og viden om forebyggelse.

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

7.2 Behandling og pleje

Tilknyttede underaftaler mv.

- SAM:BO. Revideres løbende.
- Fælles udskrivningsplanlægning
- Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende
- Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse (PD) i eget hjem
- Samarbejde mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr
- Samarbejdsaftale for anvendelse af praktisk hjælp og ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling
- Casekatalog: Ansvarsfordeling for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Revideres løbende.
- Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område
- Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet.
- Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område

7.2.1 Formål

Formålet med aftalen om behandling og pleje er at sikre sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

7.2.2 Videreudvikling af SAM:BO-aftalen (Samarbejde om borger- og patientforløb)

SAM:BO er den regionale samarbejdsaftale om borger- og patientforløb og skal fremadrettet tilpasses, så den kan dække både børn og unge- og voksenområdet indenfor såvel somatik som psykiatri. SAM:BO-aftalen skal videreudvikles, så den rækker ud over sygehus- og hjemmeplejesamarbejdet.

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

For børn og unge henvises til særskilt afsnit i sundhedsaftalen.

Variationen og kompleksiteten i de enkelte individuelle forløb er forskellig og bevirker, at den elektroniske kommunikation skal understøtte og anvendes i det tværsektorielle samarbejde, herunder i kontakten med eksempelvis beskæftigelses-, social- og sundhedsforvaltningen. Sektorerne har ansvar for at sikre den interne koordination og kommunikation.

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

Hvor det er teknisk muligt, kommunikerer psykiatrien med udgangspunkt i SAM:BO.

Målet er, at data i komplekse forløb skal være tilgængelige for rette vedkommende og understøtter tværsektorielt samarbejde og inddragelse af borgere, patienter og pårørende.

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

It-understøttelse og telemedicin

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

- Bookingsvar og afrapportering / status til almen praksis efter endt forebyggelsestilbud i kommunen
- It-understøttelse i psykiatrien – brug af SAM:BO
- Funktionsevnebeskrivelse fælles for genoptræningsplan og plejeforløbsplan /udskrivningsrapport
- Shared Care Platformen, i det omfang forudsætningerne herfor er til stede, for specifikke forløb f.eks. komplekse psykiatriske forløb og hjemmemonitorering
- Forebyggende hjemmebesøg via videokommunikation
- Rådgivning via video
- Internet- og telepsykiatri
- Hjemmemonitorering.

7.2.3 Forebyggelse af (gen)indlæggelser

Sygehusene er ansvarlige for at sikre at patienten er færdigbehandlet i sygehusregi før udskrivning til primærsektor.

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

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

Ved indgåelse af målgruppespecifikke aftaler skal der være fokus på reduktion af forebyggelige (gen)indlæggelser.

Kommunerne er i stigende grad afhængige af at kunne inddrage almen praksis i forhold til de borgere, hvor kommunen er ansvarlig for hele eller dele af den sundhedsfaglige indsats. Parterne har fokus på, at borgere, der er svage og ikke ved egen kraft kan henvende sig til almen praksis, får den fornødne lægehjælp, herunder sygebesøg.

7.2.4 Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud

Målgruppen for akutfunktionerne er borgere, som er i en pleje- og/eller behandlingsmæssig tilstand, som bedst varetages i et borgernært sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer. Tilbuddet kan ikke erstatte en sygehusindlæggelse, hvis borgeren har brug for det.

Akutfunktioner i kommunen er afhængige af et tæt samarbejde med det regionale sundhedsvæsen, og derfor indgår sundhedsaftalens parter i løbet af aftaleperioden en samarbejdsaftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud". Aftalen skal beskrive, hvordan parterne vil samarbejde, og hvordan der løbende følges op på kvaliteten.

Aftalen baseres på følgende principper:

- Den praktiserende læge fungerer som tovholder for de patienter, der er tilmeldt den praktiserende læges praksis og har det overordnede behandlingsansvar for patienten, når patienten ikke er indlagt
- Sygehusets læger har behandlingsansvaret for patienter, mens de er indlagt og kan i særlige situationer efter udskrivelsen have en fortsat rolle i konkrete patientforløb
- For så vidt angår delegation m.v. henvises i øvrigt til sundhedsaftalens afsnit 6.2.7 om Samarbejde om opgaveoverdragelse og delegation
- Der arbejdes systematisk med kvalitetssikring og -opfølgning, herunder monitorering af de indikatorer, der er nævnt i "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje", Sundhedsstyrelsen, 2014.

7.2.5 Tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet

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

Enhver læge er formelt ansvarlig for egne ordinationer, herunder også at vurdere den samlede lægemiddelbehandling, når lægen aktuelt skal ordinere et lægemiddel til en given patient. Den sidst ordinerende læge har ansvaret for den samlede medicin.

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

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

Nye fokusområder i forhold til det hidtidige samarbejde:

- Tværsektorielt samarbejde om ordination og anvendelse af lægemidler på psykiatri-området med involvering af bl.a. psykiatriens lægemiddelkomite, den fælles praksiskonsulentordning og det regionale lægemiddelteam. Samarbejdet omfatter også personer, der har både psykisk og somatisk sygdom.
- Brugerinddragelse. Patient- og pårørendeperspektiv på anvendelsen af lægemidler
- Korrekt anvendelse af Fælles Medicinkort med fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser (UTH) Det er vigtigt at have fokus på de indbyrdes afhængigheder mellem IT-løsninger, funktionaliteten i klinisk hverdag og kvalitet/patientsikkerhed.
I første del af implementeringsperioden på sygehuse og i almen praksis har der været udfordringer i forbindelse med den tekniske del af udvikling og certificering af IT-løsninger. Fremover vil der i højere grad blive fokus på den organisatoriske implementering.
- Tværsektoriel afklaring af, hvem der laver hvilke medicingennemgange hvornår og for hvilke patienter. Udgangspunktet er, at sidst ordinerende læge har ansvaret for medicineringen.
- Risikolægemidler: En stor del af utilsigtede hændelser omfatter lægemidler. Implementering af FMK hos alle tre sundhedsaftaleparter er en ekstra anledning til at sætte fokus på de lægemidler, der indebærer de største risici ved forkert anvendelse.

Parterne er enige om, at der indgås en fælles regional aftale om anvendelse af dosisdispensering, der indeholder et regionalt måltal for anvendelsen af maskinel dosis pakket medicin.

7.3 Genoptræning og rehabilitering

Tilknyttede underaftaler mv.

- Retningslinje for genoptræningsplaner
- Snitflade mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning (snitfladekataloget)
- Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

7.3.1 Formål

Overordnet har aftalen som mål at sikre, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk og/eller psykisk sygdom, med behov for genoptræning og rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj kvalitet. Desuden skal patientinddragelsen styrkes og der skal være effektiv, tidstro og relevant kommunikation på tværs af sektorer, som blandt andet skal sikres gennem klare retningslinjer og effektiv IT-understøttelse.

7.3.2 Arbejdsdeling

Både sygehus, kommune og almen praksis har opgaver i relation til genoptræning og rehabilitering.

Sundhedsloven og serviceloven indeholder muligheder for visitations- og henvisningsmuligheder til forskellige former for genoptrænings- og rehabiliteringstilbud, herunder om samarbejdet vedr. patientuddannelse.

For at sikre klarhed over arbejdsdelingen på tværs og understøtte fagpersoner i alle sektorer med at visitere og henvise borgere og patienter til de rette tilbud og indsatser, udvikler parterne i fællesskab et snitfladekatalog for genoptræning, patientuddannelsesstilbud og andre former for rehabiliteringstilbud.

Henvisning til kommunale sundhedstilbud

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

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

Henvisningen er generisk, dvs. at den henvisende part beskriver patientens problemstilling, behov og ressourcer. Kommunikationen foregår elektronisk.

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

Vederlagsfri fysioterapi

Det skal sikres, at henvisning fra almen praksis til fysioterapi i praksissektoren er retvisende, og at samarbejdet med kommunerne fremmes.

7.3.3 Samarbejde om rehabilitering på tværs af sektorer og forvaltningsområder

Med reformerne på arbejdsmarkedsområdet (kontanthjælpsreform, pensionsreform, fleksjobreform og sygedagpengereform) er der et stigende behov for en koordinering af forløb mellem forvaltninger og sektorer med udgangspunkt i en helhedsorienteret indsats overfor den enkelte borger. Reformerne på området forudsætter desuden udvikling af strukturerede samarbejder mellem kommunen og regionen om bl.a. sundhedsfaglig rådgivning og vurdering.

På fleks- og førtidspensionsområdet er der indgået samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og de syddanske kommuner om rådgivning og vurdering fra klinisk funktion og regionens sundhedskoordinatorfunktion i relation til rehabiliteringsteams.

Det er et fælles mål for parterne, at borgeren så hurtigt som muligt opnår det bedst tænkelige funktionsniveau i sit hverdagsliv. Det er ligeledes et fælles mål, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet og kort ventetid til udredning, behandling, genoptræning eller rehabilitering. Formålet er at gøre det samlede sygdomsforløb og eventuel forsørgelse med sygedagpenge så kort som muligt.

En tidlig målrettet indsats og behandling kombineret med et effektivt sagsforløb skal nedbringe risikoen for, at syge borgere mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Det betyder, at der skal sætte fokus på optimering af ventetider i regionalt og kommunalt regi overfor socialt og sundhedsmæssige udsatte grupper, der har stor risiko for tab af social og sundhedsmæssig funktionsevne, som yderligere vil forværre deres helhedssituation.

Når det vurderes, at borgeren har behov for hurtig udredning og diagnosticering med henblik på fastholdelse af arbejdsmarkeds- eller uddannelsestilknytning, er der behov for et effektivt samarbejde med en fælles indsats på tværs af sektorer og organisationer. Parterne er enige om, at dette samarbejde skal udvikles i aftaleperiodens første år.

Såvel udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og -potentiale, udarbejdelse af evt. genoptræningsplan, samt sygehusets tidlige inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO er afgørende for det videre rehabiliteringsforløb.

Sammenhæng og helhedsperspektiv

For at sikre resultater i samarbejdet om rehabilitering er det nødvendigt at medarbejdere i kommuner, på sygehusene og de praktiserende læger har det samme billede af opgaven. Parterne skal tage ansvar for deres del af borgerforløbet og understøtte, at borgeren efterfølgende kan mestre egen tilværelse - eventuel med en nedsat funktionsevne. Det forudsætter udvikling af en fælles

tilgang, som bygger på en helhedsforståelse og på samarbejde inden for og på tværs af sektorer. Tværgående rehabiliteringsindsatser styrkes med udgangspunkt i en fælles samlet plan for rehabilitering.

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

Det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering skal koordineres med det arbejde, som pågår i regi af Udviklingsstrategi for det sociale område i Syddanmark.

7.3.4 Genoptræning og rehabilitering for psykiatriske patienter

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

7.3.5 Rammer for udvikling af samarbejdet vedr. patientuddannelse

Overordnede målsætninger

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

Der udarbejdes i aftaleperioden en aftale om udvikling af samarbejdet om patientuddannelser på tværs af sektorer. Arbejdet koordineres med udviklingen af nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom. Herunder skal der ses på, hvordan samarbejdet tilrettelægges, så der tages hensyn til inddragelse af patienter og pårørende, målet for den enkelte patient, samarbejde ud fra hensynet til LEON-princippet og til en sammenhængende indsats af dokumenteret høj kvalitet.

Der skal udvikles mål for den samlede tværsektorielle patientuddannelsesindsats, og patientuddannelseskoncepterne skal medvirke til at reducere ulighed i sundhed. Det betyder også, at der skal udvikles telemedicinske løsninger, der kan understøtte patientens egenomsorg og medansvar for den forebyggende indsats.

I aftaleperioden udvikles og/eller afprøves og evalueres et redskab til effektmåling af patientuddannelse.

Lighed i sundhed

Særligt sårbare borgere kan have mindre grad af mestringssevne og nedsat sygdomserkendelse. Patientuddannelsen bør derfor differentieres, så den tager udgangspunkt i borgerens behov, ressourcer, motivation og parathed. Forløbet kan tilrettelægges individuelt eller i grupper. Det væsentligste er, at patienten oplever, selv at tage styringen med, hvad der skal ske, og hvornår det skal ske.

7.3.6 Ansvar og snitflader på genoptræningsområdet

For at sikre klarhed om snitflader og samarbejde på tværs af sektorer og lovgivninger, udvikles ved aftaleperiodens begyndelse, et nyt snitfladekatalog. Det endelige arbejde afventer ny bekendtgørelse om genoptræningsplaner og ny vejledning om træning i kommuner og regioner. (forventes at træde i kraft 1. oktober 2014)

Nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet

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

7.3.7 Implementering af kliniske retningslinjer, herunder træning i stedet for operation

Kliniske retningslinjer

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

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

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

Træning i stedet for operation

En række kliniske retningslinjer anbefaler ikke-kirurgiske indgreb som første intervention. Disse sundhedsindsatser foregår oftest i primærsektoren, og skal planlægges med et rehabiliterende

sigte. Dette medfører en ændret visitationspraksis og arbejdsdeling mellem sygehuse, praksisområde og kommuner. For hver af disse retningslinjer, skal der indgås aftaler om arbejdsdeling med henblik på at sikre høj kvalitet og sammenhængende forløb for den enkelte borger. Almen praksis' mulighed for at henvise til fysioterapi i praksissektoren indgår heri.

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

8. Aftaler om specifikke målgrupper

Samarbejdet om specifikke målgrupper er som hovedregel beskrevet nærmere i selvstændige aftaler, som indgår som bilag til sundhedsaftalen. De aftaler, der er vedlagt som bilag, er en del af sundhedsaftalen og forpligtende for parterne.

8.1 Gravide og nyfødte

Tilknyttede underaftaler mv.

- Aftale vedr. samarbejdet om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af Familieambulatoriet i Region Syddanmark
- Ammepolitik

8.1.1 Formål

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

8.1.2 Udfordringer

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

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

8.1.3 Særlige indsatser i aftaleperioden

For at fremme en tidlig opsporing af risikofaktorer hos den gravide, den nyfødte og i familien, samt sikre at der igangsættes de rette indsatser, skal der arbejdes med modeller for tættere samarbejde mellem jordemødre og den kommunale sundhedspleje, for eksempel gennem lokalefællesskab og fælles tilrettelæggelse af fødsels- og forældreforberedelse.

IT-understøttelsen af samarbejdet skal styrkes ved, at

- implementere den elektroniske fødselsanmeldelse og korrespondancemeddelelsen
- udvikle struktureret elektronisk kommunikation mellem neonatal/børneafdeling og sundhedsplejen
- udvikle indholdet i den elektroniske korrespondance mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

Som en del af Shared Care-platformen skal der arbejdes på udvikling af elektronisk svangre- og vandrejournal, som anvendes i kommunikationen mellem almen praksis, fødested (læger og jordemødre) samt den gravide.

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

Der skal i forbindelse med de regionale tilbud om sorggrupper etableres samarbejde og netværksdannelse/erfaringsudveksling med de kommunale sundhedsplejersker, som arbejder med dødsfald i børnefamilier.

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

8.2 Børn og unge

Tilknyttede underaftaler mv.

- Regional samarbejdsaftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og praksis

8.2.1 Formål

Formålet med sundhedsaftalen om børn og unge (0 til og med 17 år) er at understøtte samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis for at sikre et koordineret og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorerne til gavn for børn og unge samt deres familier. De formelle rammer for samarbejdet sker med afsæt i gældende lovgivning på området og evt. nationale retningslinjer. Det forudsættes, at koordinering og samarbejde indenfor den enkelte sektor understøtter samarbejdsaftalen for børn og unge.

8.2.2 Ny samarbejdsaftale

Indenfor de første to år af sundhedsaftaleperioden udarbejdes en samarbejdsaftale for børn og unge. Samarbejdsaftalen skal understøttes elektronisk. Samarbejdsaftalen skal have fokus på snitfladerne sektorerne imellem og dække hele børne- og ungeområdet dvs. såvel somatik som psykiatri. Samarbejdsaftalen skal bl.a. indeholde følgende områder:

- tidlig opsporing og forebyggelse af psykisk og somatisk sygdom
- børn og unge med varigt nedsat funktionsevne
- børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom
- mental sundhed hos børn og unge
- sammenhæng i overgang fra barn til voksen.

8.3 Børn, unge og voksne med senhjerneskade

Tilknyttede underaftaler mv.

- Tilpasnings- og implementeringsaftale vedr. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark

8.3.1 Formål

Tilpasnings- og implementeringsaftalen vedr. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark beskriver de generelle principper for opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Aftalen har til formål at understøtte høj kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og god kommunikation og koordination i tværgående forløb på hjerneskadeområdet.

Det er målet, at kvaliteten løftes inden for de givne økonomiske rammer gennem mere ensartede og strømlinede forløb og bedre/mindre personafhængig koordinering. Borgeren/patienten er i centrum og pårørende involveres ud fra deres individuelle behov for vejledning mv.

8.3.2 Tilpasnings- og implementeringsaftalen

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

It-understøttelsen af samarbejdet er en integreret del af tilpasnings- og implementeringsaftalen. Udviklingsarbejdet med it-understøttelse af samarbejdet har særlig fokus på rehabilitering. Som udgangspunkt anvendes principperne fra SAM:BO.

8.4 Personer med kronisk sygdom

8.4.1. Formål

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

I aftaleperioden skal der udvikles en ny samarbejdsaftale om personer med kronisk sygdom.

8.4.2 Nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom

For at kunne prioritere indsatser og vurdere behovet for ressourcer og kompetencer, evaluere og følge op på indsatserne er der behov for at have en fælles viden om patienterne. Det kræver fælles data for populationen af syddanskere med kroniske sygdomme, særligt for de patienter, som er fælles for mindst to sektorer.

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

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

Samarbejdsaftale om personer med kronisk sygdom skal have fokus på multisygdom.

Parterne har i 2014 igangsat et arbejde, der har til formål at udarbejde nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom (se Kommissorium for arbejdsgruppe om udvikling af nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom, juni 2014).

Arbejdet indebærer bl.a., at den tværsektorielle strategi om kronisk sygdom fra 2008 og de nuværende patientforløbsprogrammer for diabetes type 2, kronisk hjertesygdom, KOL og rygområdet erstattes af en ny, forpligtende samarbejdsaftale, som både inddrager:

- erfaringerne fra arbejdet med patientforløbsprogrammerne fra sundhedsaftalen 2011-2014, bl.a. arbejdet med egenomsorgsbegrebet og stratificering
- erfaringerne med tydelig opgavedeling, forpligtelse, systematisk implementering, fælles kompetenceudvikling og videndeling og klare kommunikationsveje fra samarbejdet om SAM:BO
- sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer
- de nationale kliniske retningslinjer vedr. kronisk sygdom
- best practice
- patient- og pårørendeinddragelse
- en tidligere inddragelse af det kommunale perspektiv på rehabilitering og generisk tilgang til dette
- øget opmærksomhed på multisygdom og udvikling af et fælles datasæt for populationen af personer med kronisk sygdom og en fælles, ensartet registreringspraksis

Udgangspunktet vil fortsat være, at den alment praktiserende læge er tovholder for personer med kronisk sygdom i behandlingsforløbet og har en udvidet og proaktiv rolle.

8.5 Psykiatriske patienter med somatiske lidelser

Tilknyttede underaftaler mv.

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

8.5.1 Formål

Parterne anerkender, at man har en fælles opgave med at reducere den betydelige overdødelighed ift. den øvrige befolkning, som borgere med en psykisk lidelse har, bl.a. som følge af somatiske lidelser.

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

8.5.2 Tilrettelæggelsen af indsatsen

Når kommunerne og sygehusene tilrettelægger indsatsen, tages der udgangspunkt i den stratificeringsmodel, der er aftalt mellem parterne. Her stratificeres efter to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet, forstået som en sammenvæjning af komorbiditet og borgerens lidelsesstadium, og egenomsorgsevne bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed. Denne stratificering danner grundlag for indsatsen. Almen praksis arbejder for at opspore og forebygge og behandle livsstilssygdomme for denne målgruppe.

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

8.6 Mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse

Tilknyttede underaftaler mv.

- Fælles samarbejdsaftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse

8.6.1 Formål

Aftalens formål er at styrke det tværsektorielle samarbejde og sikre bedre kvalitet, koordination og sammenhæng i forløb for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse.

8.6.2 Koordination og samarbejde

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

Behandlingen af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug stiller store krav til koordinati- on og samarbejde mellem den regionale psykiatri, almen praksis og den kommunale indsats. Der er tale om en borgergruppe, der er særlig sårbar, og hvor det ofte ikke kan forventes, at borgerne selv kan varetage koordinationen.

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

Fælles samarbejdsaftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse skal implemente- res og monitoreres i perioden 2015-2018.

8.7 Borgere med demens

Tilknyttede underaftaler mv.

- Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet

Formålet med aftalen er at sikre, at demensudredning og behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

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

Derfor er der indgået en særlig samarbejdsaftale for borgere med demens. Aftalens målgruppe er ikke aldersafgrænset. Aftalen beskriver ansvarsområder og sektorovergange i demensindsatsen i Region Syddanmark for dermed at sikre regionens borgere med demens eller demenssymptomer gode og sammenhængende forløb.

8.8 Den ældre patient

Tilknyttede underaftaler mv.

- Tillæg til sundhedsaftalen om den ældre medicinske patient

Formålet med afsnittet er at styrke indsatsen for den ældre patient, bl.a. med henblik på at reducere antallet af forebyggelige (gen-)indlæggelser og sikre gode sammenhængende og koordinerede patientforløb.

Der er i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet en national Handlingsplan for den Ældre Medicinske Patient.

Der er i Region Syddanmark iværksat en regional udmøntning af planen. For indsatserne vedr. fælles regional-kommunal forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelsen er der udformet en tillægsaftale til sundhedsaftalen. Tillægsaftalen skal sikre, at den særligt svækkede ældre medicinske patient får intensivt, personligt tilpasset og koordineret støtte til et sammenhængende patientforløb. Udgangspunktet for indsatsen er Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, SAM:BO.

8.9 Kræftrehabilitering og palliation

Tilknyttede underaftaler mv.

- Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Med baggrund i Kræftplan III og det nationale forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er der i Region Syddanmark udarbejdet en fælles implementeringsplan for forløbsprogrammet.

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

I løbet af sundhedsaftaleperioden implementeres forløbsprogrammet i kommuner, almen praksis og på sygehusene. Almen praksis skal bidrage til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet i henhold til pakkeforløbene.

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

En behovsvurdering udarbejdes i dialog og samarbejde med patienten og evt. pårørende med henblik på systematisk identifikation af mulige rehabiliterings- og palliationsbehov. På baggrund af behovsvurderingen og den uddybende udredning udarbejdes i samarbejde med borgeren og evt. pårørende en fælles plan.

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

9. Implementering

9.1 Organisering af samarbejdet omkring sundhedsaftalen

Den tværsektorielle organisering skal understøtte effektiv implementering af sundhedsaftalens indsatsområder og aftaler. Desuden skal den sikre repræsentativitet, tydelighed omkring ansvar og kompetence, klar opgavedeling og gennemsækelighed.

Organiseringen tilrettelægges omkring det overordnede politiske niveau, det fælles tværsektorielle strategiske niveau samt det lokale tværsektorielle ledelsesniveau.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Omkring hver sygehusenhed etableres lokale samordningsfora, som har det primære ansvar for den konkrete implementering af sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget

På det regionale niveau er det øverste politiske organ Sundhedskoordinationsudvalget, som er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Region Syddanmark (KommuneKontaktrådet) og almen praksis i regionen (Praksisudvalget for almen praksis).

Sundhedskoordinationsudvalget har til opgave at:

- Udarbejde udkast til sundhedsaftale efter § 205 i sundhedsloven
- Understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende sundhedsaftalen
- Følge og drøfte sundhedsaftalens praktiske gennemførelse. En gang årligt gennemgår udvalget aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold
- Vurdere udkast til regionens sundhedsplan og bidrage med anbefalinger vedrørende sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Følge og drøfte sundhedsaftalens praktiske gennemførelse og stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne
- Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet
- Informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner

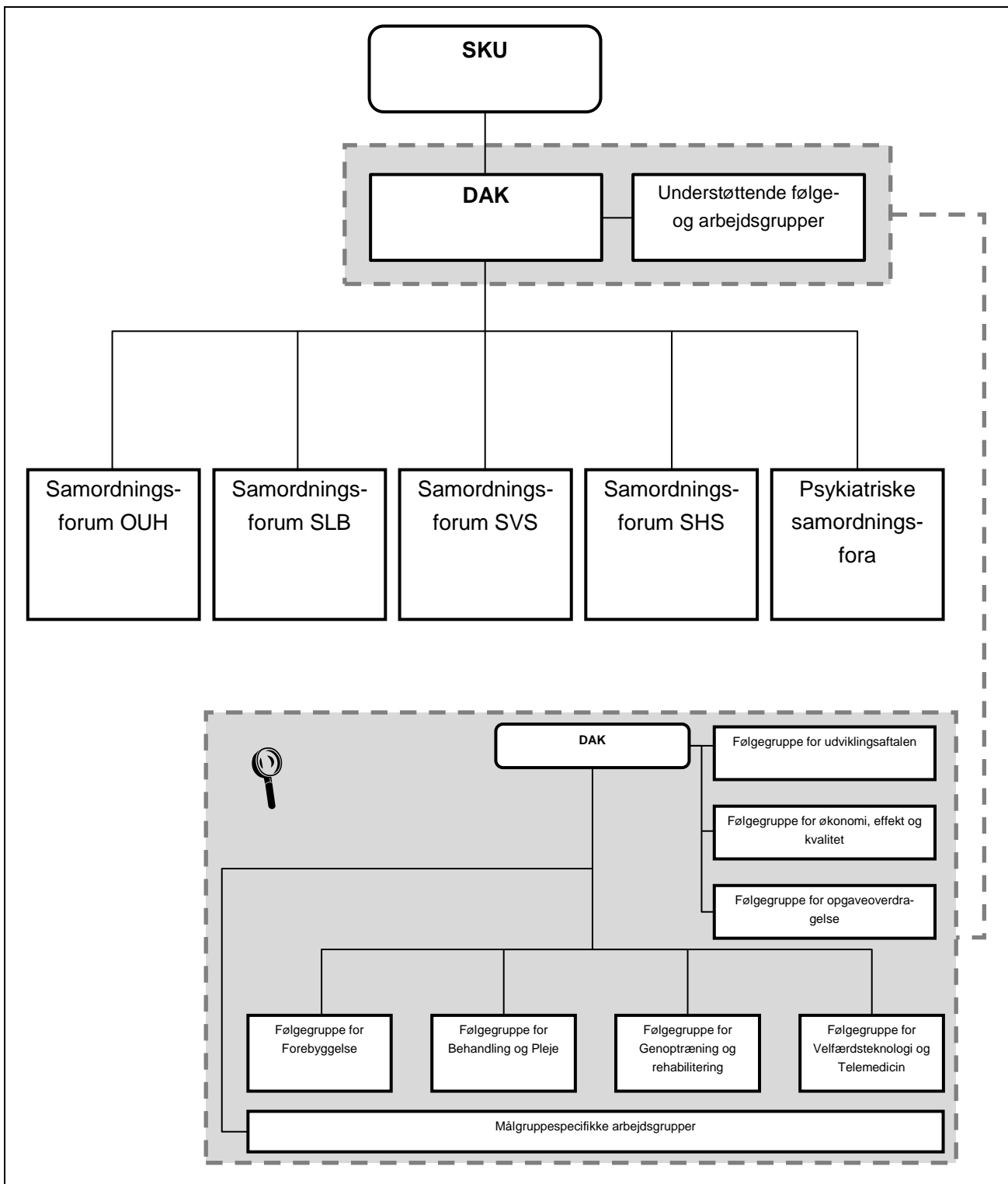
Sundhedskordinationsudvalget inddrager systematisk patientinddragelsesudvalget i regionen i drøftelserne af emner, der ligger inden for sundhedskordinationsudvalgets emneområde.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ på sundhedsaftaleområdet bestående af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter, herunder en repræsentant fra almen praksis. Sammensætningen af Det Administrative Kontaktforum skal sikre at alle områder i sundhedsaftalen repræsenteres ved forummets deltagere.

Det Administrative Kontaktforum har til opgave at:

- Understøtte Sundhedskordinationsudvalgets mulighed for at sikre og følge udvikling, implementering og opfølgning af sundhedsaftalen
- Forberede sager til sundhedskordinationsudvalget
- Koordinere sundhedsaftalearbejdet mellem region, kommuner og almen praksis
- Sikre et effektivt og konstruktivt samarbejde mellem sundhedsaftalens parter på et strategisk niveau
- Sikre udvikling, implementering, opfølgning og evaluering af sundhedsaftalens initiativer og aftaler
- Etablere en understøttende administrativ organisering og sikre et tæt samarbejde med de etablerede ledelsessystemer
- Sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet omkring sundhedsaftalen i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt eksterne samarbejdspartnere.



Følge, arbejds- og ad hoc grupper

Under Det administrative Kontaktforum etableres den følgende følge-, arbejds- og ad hoc grupper, som understøtter forummets arbejde.

Følgegrupper nedsat i den forudgående sundhedsaftaleperiode fortsætter indtil ny organisering er etableret, og der er udpeget medlemmer til følgegrupperne i indeværende sundhedsaftale.

Der etableres en følgegruppe for hver af sundhedsaftalens obligatoriske områder. Desuden etableres en følgegruppe med ansvar for udviklingsaftalens indsatser, en følgegruppe vedr. økonomi, effekt og kvalitet og en følgegruppe vedr. opgaveoverdragelse og delegation. For hver af de i kapitel 8 opridsede målgrupper nedsættes en arbejdsgruppe med ansvar for implementering af aftalegrundlaget på målgruppens område. Dog etableres en samlet arbejdsgruppe for gravide og nyfødte og børn og unge. De målgruppespecifikke arbejdsgrupper skal sikre løbende koordination med de fire følgegrupper på de obligatoriske områder.

For alle grupper udarbejdes kommissorier, som tydeligt fastlægger mandatet og opgaveafgrænsning. Ved bemanding af grupperne tages der hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegrupperne kan nedsætte faglige undergrupper til håndtering af et afgrænset problemfelt.

Den lokale implementeringsorganisation

Parternes formelle ledelsessystemer har ansvar for, at sundhedsaftalen implementeres i egen organisation. Implementeringen understøttes af lokale tværsektorielle samordningsfora.

Lokale tværsektorielle samordningsfora

Det fælles samarbejde omkring den lokale implementering, tilrettelægges og følges i lokale samordningsfora. Der etableres fire somatiske samordningsfora omkring de regionale sygehusenheders optageområder og fire psykiatriske samordningsfora.

For de sygehusenheder, som har specialer eller funktioner, som behandler patienter fra andre end de kommuner, der er omfattet af det lokale samordningsforum, skal der laves aftaler om, hvordan samarbejde omkring planlægning og implementering kan håndteres.

Samarbejdet mellem psykiatri og somatik

Der er i sundhedsaftalen særligt fokus på at sikre et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik, og dermed også at sikre, at der etableres de relevante samordningsfora for at styrke dette samarbejde. Parterne er enige om, at der fortsat er behov for særskilte lokale samordningsfora omkring psykiatrien. Derfor etableres der fire lokale samordningsfora for psykiatrien, men der vil i aftaleperioden være mulighed for at afprøve forskellige former for organisering på tværs af somatikken og psykiatrien. Vilkkårene for dette aftales nærmere mellem parterne.

For at sikre, at der samarbejdes på tværs af somatikken og psykiatrien på relevante områder, aftales det, at der minimum én gang årligt afholdes et fællesmøde mellem de lokale somatiske og psykiatriske samordningsfora. Desuden er parterne ansvarlige for at sikre den nødvendige daglige og løbende koordinering jf. sundhedsaftalens indsatsområder og initiativer.

Opgaver

De lokale samordningsfora er det primære implementeringsorgan. De lokale samordningsfora har ansvaret for løbende at monitorere og afrapportere målopfyldelse jf. implementerings- og opfølgingsplanen, og de skal igangsætte og justere initiativer og indsatser for at sikre at politiske og administrative mål kan nås.

De lokale samordningsfora skal sikre løbende dialog og samarbejde mellem de tre sektorer om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne. I de lokale samordningsfora kan der indgås aftaler, som understøtter et hensigtsmæssigt lokalt samarbejde eller særlige driftsmæssige udfordringer, så længe der er tale om aftaler, der ligger inden for rammen af den fælles sundhedsaftale.

Konkret skal de enkelte samordningsfora bl.a.

- Planlægge og koordinere implementeringen af sundhedsaftalen på de konkrete indsatsområder samt sikre, at parterne lever op til aftalernes grundlæggende formål og værdier
- Sikre sammenhængende patientforløb mellem de tre sektorer i henhold til aftalte initiativer og indsatser
- Følge samarbejdet mellem de tre sektorer løbende og evaluere de enkelte indsatser i sundhedsaftalen
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv. og koordinere kapacitet mellem kommuner og sygehuse
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver og implementerings- og opfølgingsprojekter
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet mellem de tre sektorer
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Medvirke ved den årlige revision af sundhedsaftalen

De lokale samordningsfora etableres på baggrund af et fælles kommissorium som udarbejdes af Det administrative Kontaktforum. I forbindelse med nedsættelse af de lokale samordningsfora skal det sikres, at parterne stiller med repræsentanter, der har det nødvendige mandat og beslutningskompetence. Der kan derudover lokalt indgås aftaler om nedsættelse af udvalg og arbejdsgrupper, herunder deltagelse, repræsentation og mødekadence. De lokale samordningsfora skal sikre, at der er repræsentanter fra relevante afdelinger og forvaltninger i det omfang, det er nødvendigt for at understøtte samarbejde, planlægning og implementering af sundhedsaftalen på lokalt niveau.

Spørgsmål om sundhedsaftalen af principiel karakter forelægges Det administrative Kontaktforum, som tager stilling til, om sagen skal forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter for en afgørelse.

9.2 Implementeringsplan

| Ref. Afsnit | Indsats | Ansvarlig | Tidsramme |
|-------------|--|--|---------------------------|
| 2.1 | Deltagelse i udarbejdelsen af Region Syd-danmarks sundhedsplan | SKU | 2017 |
| 2.2 | Afprøvning af modeller for patient- og pårørendeinddragelse og udarbejdelse af tværsektoriel strategi for borger-, patient- og pårørendeinddragelse. | Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet | Ult. 2017 |
| 2.1 (7.3.3) | Udvikling af fælles model for den rehabiliterende tilgang | Følgegruppe for genoptræning og rehabilitering. | Ult. 2015 |
| 6.1.1 | Udvikling og test af tværsektorielle borgerorienterede kvalitets- og effektmål | Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet | Ult. 2016 |
| 6.1.1 | Forskningsprojekt til udvikling og/eller afprøvning og evaluering af redskab til effektmåling af patientuddannelse. | Følgegruppe for genoptræning og rehabilitering. | Ult. 2016 |
| 6.1.2 | Udvikling af spørgeskemabaseret model til kortlægning af den patientoplevede kvalitet for patienter i tværsektorielle forløb | Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet | Ult. 2015 |
| 6.1.4 | Aftale om tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling, som ikke relaterer sig til regionens §119-rådgivning | Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet | Ult. 2017 |
| 6.2.2 | Udarbejdelse af ramme for udveksling af data, herunder udvikling af et mere ligeligt datagrundlag for økonomi og aktivitet. | Følgegruppe for økonomi, effekt og kvalitet | Med. 2015 |
| 6.2.7 | Afdækning af hvilke områder, der kan overdrages til kommunerne og under hvilke forudsætninger. | Følgegruppe for opgaveoverdragelse | Ult. 2016 |
| 6.2.7 | Udarbejdelse af model og aftale for opgaveoverdragelse, herunder delegation | Følgegruppe for opgaveoverdragelse | Ult. 2016 |
| 6.3.2 | Udarbejdelse af tværsektoriel strategi for telemedicin og det digitaliserede sundhedssamarbejde (it-strategi). | Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin | Ult. 2015. |
| 6.3.2 | Udbredelsesprojekter på it-området | Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin | Indeholdt i it-strategien |
| 6.3.3 | Udviklingsområder på it-området | Følgegruppe for Vel- | Indeholdt i it- |

| Ref. Afsnit | Indsats | Ansvarlig | Tidsramme |
|------------------|---|--|-------------------------------|
| | | færdsteknologi og Te- lemedicin | strategien |
| 7.1.4 | Evaluering og beslutning om evt. udbredelse af projektet Tidlig opsporing og forebyggelse | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2017 |
| 7.1.4 | Aftale omkring samarbejdet om ernæring | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2015 |
| 7.1.4 | Aftale om infektionshygiejnisk forebyggelse | Følgegruppe for Fore- byggelse | Igangsættes medio 2015. |
| 7.1.4 | Aftale om samarbejde, videndeling og kom- petenceudvikling omkring faldforebyggelse | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2016 |
| 7.1.4 | Aftale omkring forebyggelsesindsatser forud for operation. | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2016 |
| 7.1.4 | Aftale om opsporing og behandling af borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmid- ler. | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2016 |
| 7.1.5 | Aftale om regionens rådgivning på forebyggel- sesområdet | Følgegruppe for Fore- byggelse | Ult. 2015 |
| 7.2.2 | Tilpasning af SAM:BO, så den kan dække både somatik og psykiatri | Følgegruppe for Be- handling og pleje | Ult. 2016 |
| 7.2.3 | Videreudvikling af it-understøttelsen hvad an- går elektronisk kommunikation og telemedicin på det somatiske og psykiatriske område, her- under SAM:BO | Følgegruppe for Be- handling og pleje / Følgegruppe for Vel- færdsteknologi og Te- lemedicin | Indeholdt i it- strategien |
| 7.2.5 | Samarbejdsaftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale be- handlingstilbud" | Følgegruppe for Be- handling og pleje | Ult. 2016 |
| 7.2.6 | Afklaring af, hvem der laver hvilke medicin- gennemgange hvornår og for hvilke patienter | Følgegruppe for Be- handling og pleje | Ult. 2015 |
| 7.2.6 | Initiativ om risikolægemidler | Følgegruppe for Be- handling og pleje | Ult. 2015 |
| 7.2.6 | Indgåelse af aftale om dosisdispensering | Følgegruppe for Be- handling og pleje | Ult. 2015 |
| 7.3.2 (7.3.6) | Udarbejdelse af snitfladekatalog for genop- træning, patientuddannelsesstilbud og andre former for rehabiliteringstilbud | Følgegruppe for Gen- optræning og rehabili- tering | Ult. 2017 |
| 7.3.4 | Afdækning af særlige udfordringer for psykia- | Følgegruppe for Gen- | Ult. 2015 |

| Ref. Afsnit | Indsats | Ansvarlig | Tidsramme |
|--------------------|--|---|---------------------------|
| | triske patienter og deres adgang til og kvaliteten af gentrænings- og rehabiliteringsindsatser. | optræning og rehabilitering | |
| 7.3.5 | Aftale om udvikling af samarbejdet om patientuddannelser på tværs af sektorer | Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering | Ult. 2016 |
| 7.3.6 | Udredning om årsager til ventetider på genoptræning mhp. reduktion af uhensigtsmæssig ventetid. | Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering | Ult. 2015 |
| 7.3.7 | Aftale om arbejdsdeling vedr. kliniske retningslinjer om ikke-kirurgiske indgreb som første intervention. | Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering | Ult. 2016 |
| 7.3.7 | Iværksættelse af forsknings- og udviklingsprojekter, der skaber ny viden om effekten af træning frem for operation. | Følgegruppe for Genoptræning og rehabilitering | Ult. 2017 |
| 8.1.3 | IT-understøttelse af samarbejdet på svangreområdet | Følgegruppe for Velfærdsteknologi og Telemedicin | Indeholdt i it-strategien |
| 8.1.3 | Aftale om gravide med særlige behov. | Arbejdsgruppe vedr. børn og unge | Ult. 2016 |
| 8.1.3 | Etablering af samarbejde og netværksdannelse/erfaringsudveksling om spædbarnsdød. | Arbejdsgruppe vedr. børn og unge | Ult. 2016 |
| 8.1.3 | Det nuværende samarbejde mellem Psykiatrisygehusets afdeling i Vejle-Kolding og omkringliggende kommuner om opsporing og behandling af fødselsdepressioner udbredes til resten af Region Syddanmark. | Arbejdsgruppe vedr. børn og unge | Ult. 2017 |
| 8.2 | Udarbejdelse af samarbejdsaftalen for Børn og Unge | Arbejdsgruppe vedr. børn og unge | Ult. 2016 |
| 8.4.4 | Udarbejdelse af nye rammer for samarbejdet om personer med kronisk sygdom | Arbejdsgruppe vedr. mennesker med kronisk lidelse | Ult. 2016 |
| 8.6 | Aftale om dobbeltdiagnosticerede. | Arbejdsgruppe vedr. dobbeltdiagnosticerede | Ult. 2014 |
| | Gennemgang af aftaler i tilknytning til sundhedsaftalen 2011-2014 med henblik på opdatering, revision eller afvikling. | DAK | Ult. 2015 |

9.3 Den løbende opfølgning

| Indsats | Ansvarlig | Kadence |
|---|-----------|-----------------------------------|
| Opfølgning på sundhedsaftalens politiske målsætninger | SKU | SKU's første møde i kalenderåret. |
| Revision af sundhedsaftalen | SKU | SKU's andet møde i kalenderåret. |
| Orientering om generelle forventninger til det kommende års aktivitet mv. | DAK | DAK's første møde i kalenderåret |
| Løbende vurdering af dataudveksling og koordinering af kapacitet | DAK | DAK's andet møde i kalenderåret |

Sundhedskoordinationsudvalgets tematiske opfølgning på sundhedsaftalen

Bortset fra opfølgningen på sundhedsaftalens politiske målsætninger, følger Sundhedskoordinationsudvalget på hovedparten af sine møder op på ét af sundhedsaftalens temaer, indsatsområder eller målgrupper. I øvrigt kan Sundhedskoordinationsudvalget vælge at følge op på temaer i relation til sundhedssamarbejdet og de i sundhedsaftalen aftalte mål, når udvalget finder det relevant.

| Ref. | Afsnit i sundhedsaftalen | Tidsramme |
|------|--|-----------------|
| 7.1 | Forebyggelse | 1. kvartal 2015 |
| 7.2 | Behandling og pleje | 2. kvartal 2015 |
| 7.3 | Genoptræning og rehabilitering | 3. kvartal 2015 |
| 6.1 | Kvalitet på tværs af sektorer | 4. kvartal 2015 |
| 6.2 | Økonomi, aktivitet og planlægning | 1. kvartal 2016 |
| 6.3 | Velfærdsteknologi og telemedicin | 2. kvartal 2016 |
| 8.1 | Gravide og nyfødte | 3. kvartal 2016 |
| 8.2 | Børn og unge | 4. kvartal 2016 |
| 8.3 | Børn, unge og voksne med senhjerneskade | 1. kvartal 2017 |
| 8.4 | Personer med kroniske lidelser | 2. kvartal 2017 |
| 8.5 | Psykiatriske patienter med somatiske lidelser | 3. kvartal 2017 |
| 8.6 | Mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse | 4. kvartal 2017 |
| 8.7 | Borgere med demens | 1. kvartal 2018 |
| 8.8 | Den ældre patient | 2. kvartal 2018 |
| 8.9 | Kræftrehabilitering og palliation | 3. kvartal 2018 |