



**Albertslund
 Allerød
 Ballerup
 Bornholm
 Brøndby
 Dragør
 Egedal
 Fredensborg
 Frederiksberg
 Frederikssund
 Furesø
 Gentofte
 Gladsaxe
 Glostrup
 Gribskov
 Halsnæs
 Helsingør
 Herlev
 Hillerød
 Hvidovre
 Høje-Taastrup
 Hørsholm
 Ishøj
 København
 Lyngby-Taarbæk
 Rudersdal
 Rødovre
 Tårnby
 Vallensbæk**



SUNDHEDSAFTALE 2011-2014 - GENEREL DEL..... 5

1. Indledning 5

2. Politiske mål for Sundhedsaftalen 2011 – 2014 5

2.1 Tværgående politiske målsætninger 5

2.2 Indsatsområder..... 8

2.3 Forløbsunderstøttende indsatsområder 14

3. Beslutningsstruktur 18

4. Sundhedsaftalens opbygning. 19

SUNDHEDSAFTALE 2011-2014 - OPERATIONEL DEL 21

FORLØBSORIENTEREDE INDSATSOMRÅDER. 21

1. Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme 21

1.1 Mål..... 21

1.2 Samarbejdsfora..... 22

1.3 Driftssamarbejde 23

1.4 Udviklingssamarbejde 26

2. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb..... 27

2.1 Forebyggelse af indlæggelser 28

2.1 Mål..... 28

2.1.2 Samarbejdsfora 29

2.1.3 Driftssamarbejde..... 29

2.1.4 Udviklingsprojekter 29

2.2 Indlæggelser og udskrivinger 30

2.2.1 Mål..... 30

2.2.2 Samarbejdsfora 30

2.2.3 Driftssamarbejde..... 31

2.2.4 Udviklingsprojekter 34

2.3 Forebyggelse af genindlæggelser 35

2.3.1 Mål..... 35

2.3.2 Driftssamarbejde..... 35

2.3.3 Udviklingsprojekter 36

3. Hjælpemidler 37

3.1 Mål.....	37
3.2 Samarbejdsfora.....	37
3.3 Driftssamarbejde.....	38
3.4 Udviklingstiltag.....	40
4. Genoptræningsområdet.....	42
4.1 Mål.....	42
4.2 Samarbejdsfora.....	43
4.3 Driftssamarbejde.....	43
4.4 Udviklingssamarbejde.....	46
5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser.....	47
5.1 Mål.....	47
5.2 Driftssamarbejdet.....	48
5.3 Udviklingssamarbejde.....	49
6. Særlige målgrupper.....	53
6.1 Svangreomsorg.....	53
6.1.2 Mål.....	53
6.1.3 Udviklingssamarbejde.....	54
6.2 Børn.....	55
6.2.1 Mål.....	55
6.2.2 Udviklingssamarbejde.....	55
6.3 Komplekse udredningsforløb.....	56
6.3.1 Mål.....	56
6.3.2 Udviklingssamarbejde.....	56
FORLØBSUNDERSTØTTENDE INDSATSOMRÅDER.....	57
7. Planlægning, styring og opfølgning.....	57
7.1 Sammenhæng og koordinering af indsatsen.....	57
7.2 Driftssamarbejde.....	57
7.3 Opfølgning på udviklingsprojekter.....	60
8. IT, elektronisk kommunikation og teknologi.....	63
8.1 Mål.....	63
8.2 Samarbejdsfora.....	64
8.3 Driftssamarbejde.....	64
8.4 Udviklingssamarbejde.....	66
9. Hygiejne.....	67
9.1 Mål.....	67
9.2 Udviklingssamarbejde.....	68

10. Opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed ved sektorovergange	69
10.1 Mål.....	69
10.2 Samarbejdsfora.....	70
10.3 Driftssamarbejde.....	70
10.4 Udviklingsamarbejde.....	71
11. Medicinering	72
11.1 Mål.....	72
11.2 Samarbejdsfora.....	73
11.3 Driftssamarbejde.....	73
11.4 Udviklingsopgaver.....	74
SÆRLIGE INDSATSOMRÅDER	76
12. Ulighed i sundhed	76
12.1 Mål.....	76
13. Forskning	77
13.1 Mål.....	77
13.2 Organisering af udviklingsopgaverne.....	77

Sundhedsaftale 2011-2014 - Generel del

1. Indledning

Denne Sundhedsaftale er gældende for perioden 1. januar 2011 – 31. december 2014. Sundhedsaftalen består af en grundaftale og en tillægsaftale, der er indgået mellem Region Hovedstaden og den enkelte kommune. Grundaftalen, der er fælles for alle kommuner, består af en generel del og en operationel del. I den generelle del er de politiske mål samt de gensidige forpligtelser, som parterne har aftalt, beskrevet. I den operationelle del er de politiske mål konkretiseret og samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner beskrevet. Sundhedsaftalens opbygning med tilhørende læsevejledning er nærmere beskrevet under punkt 4 side 19.

2. Politiske mål for Sundhedsaftalen 2011 – 2014

Det er en fælles opgave for regionen og kommunerne at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen i regionen. I denne udvikling spiller almen praksis en central rolle. Sundhedsaftalen opstiller fælles mål for denne opgave.

Sundhedsaftalen fokuserer på samarbejde og snitflader mellem det specialiserede hospitalsvæsen, almen praksis og kommunerne.

Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgeren oplever sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere/patienter, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis. Derfor aftales parternes gensidige forpligtelser og samspil.

Samarbejdet om sundhedsaftalen for 2008 - 2010 har udviklet parternes samspil markant. Sundhedsaftalen 2011 - 2014 bygger på de opnåede resultater, som yderligere skal konsolideres og monitoreres samtidig med, at der skal igangsættes nye udviklingsopgaver.

2.1 Tværgående politiske målsætninger

Politisk samarbejde

Sundhedsaftale 2011 - 2014 har som mål at styrke det politiske samarbejde mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Det politiske lederskab fra kommuner og region står centralt i den sundhedsmæssige indsats i aftaleperioden. Ligeledes fremhæver parterne i Sundhedsaftale 2011 - 2014 betydningen af inddragelsen af almen praksis i løsningen af de sammenhængende sundhedsopgaver.

Det politiske samarbejde styrkes gennem:

- Årlig politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af relevante temaer i Sundhedsaftalen for 2011 – 2014
- Politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget af midtvejsstatus for sundhedsaftalerne i efteråret 2012
- Sundhedskoordinationsudvalget afholder en politisk perspektivkonference på grundlag af ovennævnte midtvejsstatus med deltagelse af regionsråd, kommunalbestyrelser og praksissektor primo 2013

Et sammenhængende sundhedsvæsen

Borgere med sygdom skal tilbydes en sammenhængende sundhedsindsats kendetegnet ved høj faglig kvalitet, patientsikkerhed samt effektiv kommunikation. Særlig opmærksomhed rettes mod borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter, mennesker med sindslidelser samt sårbare personer og børn.

Sundhedsaftalen understøtter koordineret og aftalt arbejdsdeling, opgaveløsning og opgaveudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Fokus er på styrkelse og udvikling af den tværsektorielle indsats samt planlagt og styret opgaveoverdragelse under hensyntagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling mellem sundhedsvæsenets parter.

Mål:

- At opgaverne løses på lavest, effektive omkostningsniveau med fokus på faglig kvalitet og kompetenceudvikling
- Inden for rammerne af de gældende ansvars- og opgaveområder inddrager hospital, kommuner og almen praksis hinanden som samarbejdsparter tidligt i planforløb, hvor planarbejdet har betydning for den samlede tværsektorielle indsats på sundhedsområdet
- At der udvikles en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række indsatsområder, primært målrettet borgere med kronisk sygdom, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning
- At styrke en sammenhængende indsats over for ældre medicinske patienter, med fokus på indlæggelser, der kan forebygges og velkoordinerede udskrivningsforløb

Forpligtende samarbejde

Almen praksis, hospitaler og kommuner indgår i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde om den eksisterende og fremtidige sundhedsindsats. Der videreføres en sammenhængende og meningsfuld samarbejdsstruktur.

Udfordringen er, at sikre klare prioriterede mål, opfølgning og incitament, der understøtter dialogen og samarbejdet mellem alle aktørerne. De gensidige forpligtelser på de prioriterede områder, herunder opfølgning på resultaterne af monitorering, skal aftales. Der er behov for en intensiveret og formaliseret inddragelse af de praktiserende læger i sundhedsaftalens implementering.

Mål:

- At samarbejdet sker gennem klare aftaler ud fra mål, opfølgning og incitament
- At der udarbejdes og etableres fælles principper for sikring af kvalitet i indlæggelses- og udskrivningsforløb med udgangspunkt i hurtig og korrekt udveksling af oplysninger mellem parterne
- At samarbejdet med de praktiserende læger om implementering af sundhedsaftalen bliver formaliseret bl.a. gennem udarbejdelse af en årlig plan for de udviklingsopgaver, der forventes løftet i fællesskab. Regionen indgår i en koordinerende funktion i forhold til samordning af lokalaftaler, som den enkelte kommune ønsker at indgå med lægerne i kommunen
- At kommunernes adgang til regional specialistviden præciseres gennem udarbejdelse af en aftale, der fastlægger rammerne herfor

Opgaveoverdragelse

Sundhedslovens opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med accelererede forløb, hurtigere udskrivninger og mere ambulante behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi. Sundhedsaftalen skal under hensynstagen til fleksibilitet og den løbende faglige udvikling sikre, at overdragelse af opgaver fra hospitaler til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, aftalt og styret.

Mål:

- At der i aftaleperioden vil blive udarbejdet en ramme for opgaveoverdragelse. Rammen vil indeholde overvejelser om volumen og karakter af opgaven, organisering, kompetencer og økonomi
- At Sundhedskoordinationsudvalget, den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler og de enkelte samordningsudvalg mindst én gang årligt drøfter kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder på det ambulante om-

råde, samt udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver

- At anvendelsesområdet for samfinansiering mellem regionen og kommunerne, i henhold til Sundhedslovens § 239 om regional medfinansiering af opgaveløsning i primærsektoren, skal vurderes i aftaleperioden. Vurderingen vil ske på basis af fælles analyser af omkostninger og effekt af indsats for borgere med kronisk sygdom, samt indsats i relation til tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser af ældre medicinske patienter

2.2 Indsatsområder

Sundhedsaftalen retter sig mod alle borgere med behov for indsats fra hospitaler, almen praksis og kommuner. Det konkrete samarbejde i forhold til bestemte grupper af borgere / patienter er beskrevet under de enkelte indsatsområder.

Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et godt samarbejde om forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom. Der er etableret et samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse, som drøftes med henblik på videreudvikling i den kommende aftaleperiode.

Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor en specifik sygdom. Indsatsen skal bygge på evidens (den bedst tilgængelige viden). Regionen og kommunerne er enige om, at den konkrete udmøntning af forløbsprogrammernes arbejdsdeling skal bygge på en gradueret indsats mellem hospital, almen praksis og kommune, som beskrevet i forløbsprogrammernes minimumsmodel.

Det er parternes fælles forståelse, at størstedelen af indsatsen for kronisk syge i et fremtidigt sundhedsvæsen må forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne. Arbejdet med udarbejdelse af forløbsprogrammer har taget fat i de diagnosegrupper, hvor volumen og potentiale for samarbejdet vurderes størst. I sundhedsaftale 2011-2014 er det aftalt at fokusere på implementering og konsolidering af allerede udviklede forløbsprogrammer, færdiggørelse og aftale om implementering af yderligere programmer samt evaluering af programmer.

Regionen og kommunerne er enige om, at de implementerede forløbsprogrammer for KOL og Type 2 diabetes evalueres i efteråret 2012 med fokus på omkostninger og effekt med henblik på aftaler om udvikling og implementering af yderligere forløbsprogrammer.

I tillægsaftalen mellem regionen og den enkelte kommune fastlægges hvordan og hvornår forløbsprogrammerne vedrørende KOL og type-2 diabetes implementeres.

Inden udgangen af 2012 justeres tillægsaftalen mellem region og den enkelte kommune med henblik på at aftale implementeringstakten for kommunens deltagelse i de øvrige forløbsprogrammer.

Mål:

- Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start
- Implementering af forløbsprogrammerne for hjertekarsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012
- Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænde/ryglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales
- Region og kommuner udvikler i fællesskab med almen praksis kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis

Styringsindikatorer:

- At aftaler om implementering af forløbsprogrammer indgås inden for de angivne tidsrammer
- At forløbsprogrammerne evalueres med fokus på omkostninger og effekten på adfærd, helbred og livskvalitet
- At der på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne monitoreres på antal borgere, der er inkluderet i forløbsprogrammerne, når der er udviklet de nødvendige redskaber til at opsamle data
- At der på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne monitoreres på anvendelsen af stratificering i forløbsprogrammerne, når der er udviklet de nødvendige redskaber til at opsamle data
- At der udvikles fælles indikatorer til at måle kvaliteten i forløbsprogrammer i alle tre sektorer

Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

En sammenhængende og effektiv indsats i forhold til ældre medicinske patienter forudsætter en yderligere intensivering og koordinering af det tværsektorielle samarbejde, idet de ofte har behov for sundhedsydelse i sundhedstrekanten af hospitaler, kommuner og almen praksis (herunder lægevagt).

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et konstruktivt samarbejde om udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter. Herunder udvikling af samarbejdet om varsling af færdigbehandling og udvikling af følgeordninger. Udfordringen i sundhedsaftalen 2011-2014 består i videreudvikling af samarbejdet i sundhedstrekanten og i at sikre konsolidering og videreudvikling af hele området omkring den ældre medicinske patient.

Aftalerne gælder alle, men der er særligt fokus på ældre medicinske patienter og de særlige karakteristika for denne gruppe.

I tillægsaftalen mellem region og den enkelte kommune fastlægges rammerne for kommunens deltagelse i følge op - ordningen.

Mål:

- At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser og genindlæggelser forebygges ved tidlig opsporing
- At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskrivning
- At varslingsregler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere
- At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser
- At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til ældre medicinske patienter.
- At understøtte implementering af elektroniske kommunikationsstandarder på området

Styringsindikatorer:

- Andel af forløb hvor varslingsreglerne overholdes
- Udvikling i antal færdigbehandlede patienter
- Udvikling i antal og variation i indlæggelser og genindlæggelser, aktuelt monitoreret på 8 udvalgte diagnoser
- Udviklingen i anvendelsen af tidlig dialog mellem de udskrivningsansvarlige på hospitalet og kommunerne ved udskrivninger af patienter med væsentlige eller markant nedsat funktionsevne

Hjælpemidler

Fokus for indsatsområdet er på konsolidering og videreudvikling af det gode samarbejde, der er skabt i den første aftaleperiode.

Mål:

- At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor

Styringsindikatorer:

- Andelen af borgere som tilkendegiver at være tilfreds eller meget tilfreds med hjælpemiddelforsyningen i forbindelse med udskrivning

Genoptræningsområdet

Gennem de nuværende sundhedsaftaler er der etableret et tæt samarbejde om genoptræning for patienter, der efter udskrivning har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning.

I sundhedsaftalen for 2011 – 2014 rettes fokus på voksenområdet mod konsolidering og videreudvikling af sammenhængende genoptræningsforløbsbeskrivelser og etablering af en tværsektoriel ramme for rehabilitering.

Fokus på børneområdet vil fortsat være rettet mod implementering af snitfladekataloget, der foreskriver opgavefordelingen på området.

På hjerneskadeområdet vil fokus være på implementering af den aftalte arbejdsdeling mellem hospitaler og kommuner.

Endelig skal der være fokus på at privathospitalerne efterlever bestemmelserne om udarbejdelse af genoptræningsplaner.

Mål:

- At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle forløbsbeskrivelser
- At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012

- At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget
- At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter
- At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering

Styringsindikatorer:

- Fordelingen af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Variationen i omfanget af almen og specialiseret genoptræning mellem hospitalerne på udvalgte sammenlignelige diagnoser

Mennesker med sindslidelser

Sundhedsaftalen skal sikre, at mennesker med sindslidelser oplever sammenhæng og helhed i indsatsen. Fokus er på gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, der bygger på en velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center. Der skal arbejdes med videreudvikling og implementering af samarbejdsaftalerne på det psykiatriske område. Der sættes fokus på monitorering af samarbejdsaftalens indhold og udvikling af en sammenhængende rehabiliteringsindsats.

Mål:

- At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis, således at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde
- At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med sindslidelser

Styringsindikatorer:

- Udvikling i antal færdigbehandlede patienter
- Udvikling i antal indlæggelser og genindlæggelser
- Udvikling i indlæggelsestiden
- Der udvikles en indikator, der kan belyse sammenhæng i indsatsen gennem anvendelse af samarbejdsaftalerne i det daglige arbejde

Svangreomsorg

I Region Hovedstaden har et tværsektorielt og tværfagligt fødeplanudvalg, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om svangreomsorg fra 2009, udarbejdet et forslag til en ny fødeplan. Med fødeplanen, som opfylder Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for svangreomsorgen, lægges der op til et intensiveret samarbejde mellem fødested, kommune og almen praksis.

Mål:

- At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler
- At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger.

Styringsindikatorer:

- Andelen af genindlæggelser i barnets første leveuge

Børn

Der er behov for en videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde i forhold til børns sundhedstilstand og trivsel, herunder især i relation til børn af misbrugere, psykisk syge og indlæggelser/udskrivninger af børn med særlige sundhedsmæssige problemer.

Mål:

- At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer

Styringsindikatorer:

Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i forbindelse med implementering af samarbejdsmodellen blive udarbejdet indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospital for livsstilsrelaterede sygdomme

Komplekse udredningsforløb

En række borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer gennemgår ofte en langvarig, kompliceret og ukoordineret udredningsproces, inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Sådant en proces øger bl.a. risikoen for forlængede sygedagpengeperioder og for udstødelse fra arbejdsmarkedet. Samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal styrkes.

Mål:

- I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling

Styringsindikatorer:

Komplekse udredningsforløb er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet indikatorer for området med særlig fokus på ventetider i komplekse udredningsforløb.

2.3 Forløbsunderstøttende indsatsområder

Planlægning, styring og opfølgning

Planlægning og styring af indsatsen mellem de 3 aktører i sundhedstrekanten skal sikre en sammenhængende, koordineret og hensigtsmæssig fordeling af opgaverne samt kvalitet i de enkelte patientforløb, der går på tværs af sektorgrænser. Planlægning og styring skal endvidere sikre samstemt kapacitetsudvikling og sikre, at de samlede ressourcer udnyttes optimalt. Der skal være en klar opgavefordeling, så overdragelse af opgaver, der medfører forandringer i sektorovergangene, sker planlagt.

Monitorering og opfølgning er centralt for at understøtte god dialog og samarbejde om fælles planlægning og styring. Det gælder både driftsopgaver og udviklingsprojekter.

Mål:

- At der udarbejdes relevant ledelsesinformation på det somatiske område, det psykiatriske område og vedrørende anvendelsen af elektronisk kommunikation
- At der sker systematisk opfølgning på monitoreringsresultater
- At der foregår en systematisk drøftelse i samordningsudvalgene af ændringer i kapacitet på områder af fælles betydning

Styringsindikatorer:

Under de enkelte indsatsområder er beskrevet en række konkrete styringsindikatorer af betydning for planlægning og styring. Der skal tidligt i aftaleperioden fastlægges indikatorer med henblik på løbende opfølgning af fordelingen mellem stationær og ambulans aktivitet samt for indlæggelsestid og udskrivning i de nye fælles akutte modtageafsnit.

IT, elektronisk kommunikation og teknologi

Et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen forudsætter hurtig præcis kommunikation mellem de forskellige aktører. Målsætningen i sundhedsaftalen for 2008-2010 om, at kommunikationen mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang skal være elektronisk og baseret på fælles standarder opretholdes i sundhedsaftalen for 2011-2014.

Mål:

- Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten
- Ved sundhedsaftaleperiodens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk
- At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT - understøttes
- At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling og velfærdsteknologi, og at der gennemføres tværsektorielle forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger
- At der sker indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse

Styringindikatorer:

- Udvikling i anvendelsen af MedCom - standarder i kommunikationen

Hygiejne

Der er i kommunernes egne organisationer et stigende behov for rådgivning om multi-resistente mikroorganismer og infektionshygiejnisk rådgivning i relation hertil. Her-

under rådgivning om konkret håndtering af borgere/patienter, der skal isoleres på grund af smittefare.

Mål:

- Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne
- At der senest i 2012 indgås samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen

Styringsindikatorer:

Hygiejne er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet indikatorer for området.

Patientsikkerhed – opfølgning på utilsigtede hændelser

Med udvidelsen af Sundhedsloven forpligtes sundhedspersoner i kommuner, praksis-sektor, apoteker og det præ-hospitale område til at rapportere utilsigtede hændelser. Da bekendtgørelsen om kravene til kommunernes håndtering endnu ikke foreligger, vil den endelige fastlæggelse af samarbejdet om utilsigtede hændelser ved sektorover-gange senere skulle justeres.

Rapporteringerne skal danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist med henblik på at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb. Til anvendelse for kategorisering af hændelser efter alvorlighedsgrad og hyppighed anvendes Sundhedsstyrelsens vejledning.

Mål:

- Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange
- At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser

Styringsindikatorer:

Patientsikkerhed er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer med særlig fokus på antal rapporterede hændelser og antal dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser) om utilsigtede hændelser inden for fald, medicin og sektorovergang.

Medicinering

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om medicinhandling i forbindelse med sektorovergange, så det sikres, at patienten får de korrekte lægemidler og at utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange forebygges. Målsætningen er, at medicininformation altid skal følge borgeren ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos almen praktiserende læge, speciallæge og lægevagten, samt ambulante behandling på ambulatorier og skadestuer. Det elektroniske fælles medicinkort implementeres i begrænset omfang fra 2011.

Mål:

- At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)
- At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)

Styringsindikatorer:

- Andel af patientforløb, hvor der er ajourførte medicinlister ved udskrivinger

Ulighed i sundhed

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen samt store forskelle mellem de enkelte kommuner. Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. En vigtig del i det at tænke forebyggelse af ulighed i sundhed er at sikre, at der skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune.

Mål:

- At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt
- At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud

- At der i aftaleperioden iværksættes yderligere tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed

Styringsindikatorer:

Ulighed i sundhed er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området med særlig fokus på inklusion af socialt sårbare borgere i forløbsprogrammerne.

Forskning

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer på sundhedsområdet bl.a. som følge af, at der overtages opgaver fra hospitalerne. Samtidig etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Disse initiativer skal evalueres og formidles således, at der skabes basis for videndeling, kompetenceudvikling og dermed for udvikling af ”best practice” (bedst tilgængelig viden).

Der er derfor behov for at styrke det regionale forskningssamarbejde mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for den fælles virksomhed på sundhedsområdet.

Mål:

- At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses-, behandlings- og genoptræningstilbud
- At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område

Styringsindikatorer:

Forskning er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i løbet af aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området

3. Beslutningsstruktur

Samarbejdsstrukturen for sundhedsaftalerne består både af en politisk og en administrativ struktur.

[Link til bilag ”0.1 Samarbejdsstruktur” indsættes.](#)

Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget er et politisk udvalg, der har til hovedopgave at udarbejde det generelle udkast til de sundhedsaftaler, der indgås mellem regionen og de enkelte kommuner, at følge aftalernes implementering samt stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Den administrative styregruppe

Den administrative styregruppe er det overordnede administrative strategiske forum for udvikling og implementering af sundhedsaftalen. Styregruppen består af ledelsesrepræsentanter fra kommunerne og regionen. Styregruppen holder jævnligt møder med repræsentanter fra praksissektoren.

Den administrative styregruppe nedsætter de nødvendige tværsektorielle udviklings- og arbejdsgrupper til udvikling af sundhedsaftalen. Grupperne arbejder efter et godkendt kommissorium og skal årligt have godkendt en arbejdsplan af den administrative styregruppe. Grupperne har delt kommunalt / regionalt formandskab, og den kommunale deltagelse bygger på en klyngerepræsentation.

Den administrative styregruppe følger op på den i sundhedsaftalen indeholdte monitorering. Styregruppen fastlægger det nærmere indhold i styringsindikatorer og aftaler ansvarsfordelingen vedrørende monitoreringen af indikatorerne.

Samordningsudvalg

For at sikre implementering af sundhedsaftalerne og gennemførelse af lokalt forankrede udviklingsprojekter er der etableret en samordningsstruktur mellem hospitalerne/de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis i hospitalernes optageområde.

Samordningsudvalget er et forpligtende samarbejde med ansvar for implementering af sundhedsaftalen og de strategiske indsatser, der besluttet. Deltagerne forpligter sig til i egen organisation at arbejde for realisering af de fælles beslutninger.

Det er aftalt, at der i 2011 skal gennemføres en evaluering af samordningsudvalgsstrukturen i lyset af hospitals- og psykiatriplanen, opgavefordelingen mellem hospitalerne og udviklingen i retning af øget ambulant aktivitet. Heri indgår også spørgsmålet om koordinering på tværs af psykiatri og somatik.

[Link til følgende bilag indsættes:](#)

[”0.4 Standardkommissorium for samordningsudvalg”](#)

[”0.5 Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – psykiatrien voksne”](#)

[”0.6 Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – psykiatrien børn og unge”](#)

4. Sundhedsaftalens opbygning.

Den fælles grundaftale indeholder en generel del og en operationel del.

I den generelle del af sundhedsaftalen er de politiske mål beskrevet samt de forpligtelser, parterne gensidigt har aftalt. I sundhedsaftalens operationelle del er målene konkretiseret gennem beskrivelse af driftssamarbejde og udviklingsopgaver. Endvidere er der redegjort for, hvordan parterne vil følge op på de forskellige dele af aftalen ved brug af målbare indikatorer.

Der er i tilknytning til den operationelle del af sundhedsaftalen udarbejdet en bilagsdel, som indeholder en række værktøjer og vejledninger, der skal anvendes i samarbejdet på de enkelte områder. Sundhedskoordinationsudvalget har besluttet, at bilagsdelen skal ses som en dynamisk konkretisering af aftalens operationelle del. Den administrative styregruppe er ansvarlig for, at bilagene holder sig inden for aftalens rammer. Sundhedskoordinationsudvalget forelægges en årlig status over bilagsdelens aktuelle sammensætning.

Tillægsaftalen beskriver de særlige aftaler mellem kommune og region på områder, hvor der er individuelle rammer for samarbejdet i perioden 2011-2014. Det drejer sig om samarbejde vedrørende implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom, initiativer i relation til den ældre medicinske patient, udgående funktioner, hygiejne og patientsikkerhed. Herudover indeholder tillægsaftalen de individuelle aftaler om projekter, som er aftalt mellem parterne for perioden 2011-2014.

Den samlede sundhedsaftale er udformet, så den lever op til kravene i bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 og vejledning nr. 9698 af 21. august 2009 for udarbejdelse og indhold i sundhedsaftalen for perioden 2011-2014.

Såvel den generelle del som den operationelle del af aftalen kan læses som selvstændige dokumenter, idet de to dele har fokus rettet mod forskellige målgrupper.

Den primære målgruppe for den generelle del af sundhedsaftalen er politikere og direktioner. Målgrupperne for den operationelle del og bilagsdelen er sundhedsfagligt og administrativt personale i region, kommuner samt i almen praksis.

De politiske målsætninger fremgår derfor både af den generelle del og af den operationelle del. Målsætninger i den operationelle del er suppleret med konkrete beskrivelser af, hvordan målsætningerne vil blive implementeret gennem driftssamarbejde, monitorering og igangsættelse af udviklingsprojekter.

Termen ”hospital” i denne sundhedsaftale benyttes som fælles betegnelse for både somatiske hospitaler i Region Hovedstaden og Regionens psykiatriske centre. Hvor aftaler alene omfatter enten de somatiske hospitaler eller de psykiatriske centre vil det fremgå af aftaleteksten.

Sundhedsaftale 2011-2014 - Operationel del

Forløbsorienterede indsatsområder.

De politiske mål er markeret med *kursiv*.

1. Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme

1.1 Mål

- *Implementering af forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes, som er udviklet ved aftaleperiodens start*
- *Implementering af forløbsprogram for hjerte- karsygdomme og demens, som ligeledes er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012*
- *Forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænderyglidelser) forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012. Plan for den konkrete implementering aftales*
- *Region og kommuner udvikler i fællesskab kompetenceudviklingsprogrammer, der understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne i hospital, kommuner og almen praksis*
- *At forløbsprogrammerne for kronisk sygdom skal IT - understøttes*
- *At der sker en indkredsning af de telemedicinske projekter, der er egnet til generel udbredelse*
- *Der skal i aftaleperioden udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside*
- *Der skal i aftaleperioden igangsættes initiativer med henblik på udvikling af tiltag, som kan understøtte en tværgående og systematisk indsats i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom*

Formål

Der blev med sundhedsaftalen 2008 - 2010 igangsat et stort udviklingsarbejde med at skabe bæredygtige forbedringer i indsatsen for kronisk syge.

Der er i samarbejde mellem kommuner, hospitaler og almen praksis udviklet forløbsprogrammer for:

- KOL og Type 2 diabetes, som er under implementering

- Hjerte-karsygdomme, som er klar til implementering
- Demens, som er klar til implementering
- Muskel-skelet lidelser (patienter med lænde/ryglidelser), som forventes færdig i løbet af 2011

Det er en grundlæggende forudsætning for en succesfuld indsats over for kronisk sygdom, at sundhedsvæsenet ser sig selv som en samarbejdende organisation. Den enkelte aktør skal se det som en del af løsningen af sin egen opgave, at der er sammenhæng til de øvrige aktørers indsats. Implementeringen af forløbsprogrammerne – forstået som drift og anvendelse af den aftalte stratificering og minimumstilbud - skaber netop det nødvendige fokus på den integrerede indsats på tværs af sektorerne. Størstedelen af indsatsen for kronisk syge forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis, og kun en lille del i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne.

For at sikre en effektiv, velkoordineret og sammenhængende forebyggelsesindsats med høj faglig kvalitet skal der fortsat arbejdes med kompetenceudvikling, øget videndeling og videreudvikling af den tværsektorielle organisering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen.

Det er et overordnet princip, at indsatsen er evidensbaseret og bygger på viden om befolkningens sundhedsvaner, risikofaktorer og sygdomme. Den samlede sundhedsprofil for regionen og kommunerne, som forelå i 2008, og er gentaget i 2010 er det centrale værktøj til at målrette indsatsen og understøtte en populationsbaseret tilgang. Ud over indsatser over for hele gruppen af borgere/patienter, som region og kommuner har ansvar for, skal der udarbejdes særlige indsatser målrettet sårbare grupper.

1.2 Samarbejdsfora

For at sikre den overordnede sammenhæng mellem den regionale og kommunale forebyggelse samt en forankring af de nye udviklingsprojekter videreføres ”Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse”.

Udviklingsforum består af repræsentanter fra kommuner, hospitaler, almen praksis og regionsadministrationen. Udviklingsforum har til opgave:

- At forestå de udviklingsopgaver, der er beskrevet i den relevante del af sundhedsaftalen
- At følge den faglige udvikling på området
- At løse de opgaver, som fremgår af gruppens årlige arbejdsplan

[Link til bilag ”0.3 Standardkommissorium for Udviklingsgrupper” indsættes.](#)

1.3 Driftssamarbejde

Forløbsprogrammer

Regionen og kommunerne har i sundhedsaftalen aftalt arbejdsdelingen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats. Regionen og kommunerne er enige om, at den konkrete udmøntning af Sundhedslovens arbejdsdeling skal bygge på en graderet indsats, baseret på en stratificeringstankegang.

Arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne er konkretiseret i de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer. I forløbsprogrammerne er stratificeringen defineret samt hvilke indsatser, der som minimum skal ydes for, at regionen og kommunerne opfylder forløbsprogrammets beskrivelse af arbejdsdeling.

Forløbsprogrammerne skal sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer tilgodeser relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom gennem et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde og skaber dermed en effektiv og koordineret indsats over for den enkelte patient.

[Link til følgende bilag indsættes:](#)

[”1.1 Forløbsprogram for KOL”](#)

[”1,2 Forløbsprogram for Type 2 diabetes”](#)

De konkrete aftaler om den praktiske implementering indgås i samordningsudvalgene. Her aftales hvem, der har ansvar for at varetage de enkelte indsatser i det specifikke forløbsprogram.

Med regionale puljemidler til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bliver der i 2010 – 2012 udviklet en evaluering- og analysemodel til løbende kvalitetsvurdering og –udvikling af forløbsprogrammer og patientuddannelser. Målet er at udvikle en simpel, valid og forståelig model, der afspejler omkostningerne ved og effekten af kliniske indsatser og samtidig vurderer om disse indsatser tilbydes programmernes målgrupper.

Regionen og kommunerne er enige om, at forløbsprogrammerne for KOL og Type 2 diabetes evalueres med særlig fokus på arbejdsdeling, koordination, antallet af forløb samt omkostninger og effekten af forløbsprogrammerne inden der træffes beslutning om udvikling af flere forløbsprogrammer end de allerede igangsatte.

Patientuddannelse

Regionen og kommunerne er enige om, at begge parter har ansvar for at løfte opgaven med patientuddannelse. Forløbsprogrammerne danner grundlaget for arbejdsdelingen mellem region og kommuner, hvorfor implementering af patientuddannelse indgår i tidsplanen for implementering af de enkelte programmer.

Regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud

På baggrund af en national skabelon er der udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud på Sundhed.dk. Den skal give de praktiserende læger samt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i psykiatrien i kommunerne nem adgang til et overblik over eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og på hospitalerne og i psykiatrien.

Regionen og kommunerne er enige om, at kommunerne, hospitalerne og psykiatrien skal informere om deres aktuelle tilbud på sundheds- og forebyggelsesportalen.

MedCom-standarder

KL er i samarbejde med MedCom ved at udvikle en standard for elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Regionen, almen praksis og kommunerne er enige om, at parterne forpligter sig til at anvende MedCom-standarden, når den er færdigudviklet.

Regionens rådgivningsforpligtelse

Region Hovedstaden har en rådgivningsforpligtelse over for kommunerne vedrørende hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

Regionens rådgivning omfatter en række faglige områder:

Forebyggelse til borgere med kronisk sygdom

I forløbsprogrammerne beskrives den viden som regionens rådgivning bygger på. Der er fokus på at formidle den viden, der genereres i det regionale kronikerprogram, og på nationalt niveau via Sundhedsstyrelsen.

Rådgivning baseret på overvågning af sundhedstilstanden

Området er centralt for regionens rådgivende funktion og foretages med udgangspunkt i Sundhedsprofil 2010. I Sundhedsprofil 2010 gives en detaljeret beskrivelse af befolkningens sundhedsadfærd og helbred i de enkelte kommuner. Resultaterne præsenteres for kommunerne og sammenlignes på tværs af regionens kommuner samt med nationale tal. De enkelte kommuner rådgives om sundhedstilstanden i deres kommune, og om hvilke særlige forhold, der eventuelt findes. Målet med denne rådgivning er at kvalificere kommunernes valg af indsatsområder for deres forebyggende indsats.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden har i samarbejde med kommunerne udarbejdet en model for en sundhedsprofil på børneområdet. Det videre arbejde med børnesundhedsprofiler afventer en afklaring af finansieringen. Der anvendes i kommunerne forskellige måder at registrere data på. 14 kommuner, hvoraf de 11 er beliggende i Region Hovedstaden, er tilsluttet den kliniske database 'Børns Sundhed'. Formålet med en database på børneområdet er, at det bliver muligt at tegne profiler på børnesundheden, monitorere og følge indsatsområder og foretage sammenligninger på tværs af kommuner. Det anbefales, at der arbejdes for en ensartet indsamling af data på børneområdet på regionalt plan og på sigt på nationalt plan.

Hygiejne

Regionens tilbud om rådgivning inden for hygiejneområdet (herunder MRSA) er beskrevet i kapitel 9.

Kvalitet og forskning

Det indgår som et separat indsatsområde at øge forskningssamarbejdet mellem region og kommuner. Sigtet hermed er at genere ny viden inden for de fælles regionale og kommunale sundhedsopgaver samt at udvikle forskningsindsatsen i kommunerne.

Regionen kan rådgive kommunerne med ønske om at indgå i forskningssamarbejder og bidrage til at kvalificere evalueringsarbejde i kommunerne af forebyggelsesindsatser. Det vil tage udgangspunkt i udviklingen af en evalueringsmodel i kronikerprogrammet.

Den regionale rådgivning af kommunerne vedrørende forebyggelse vil primært blive givet gennem kompetenceudvikling i relation til forløbsprogrammer og i et vist omfang gennem kurser, temamøder og eventuelt elektroniske nyhedsbreve. I løbet af aftaleperioden vil regionen undersøge mulighederne for at udvikle et tilbud til kommunerne om konsulentbistand i forbindelse med valg af metode til borgerrettede forebyggelsesindsatser.

Kompetenceudvikling

Målet med kompetenceudviklingen er, at personalet får de kliniske kompetencer, der skal sikre høj faglig kvalitet i behandlingen og personalets forståelse for hinandens arbejdsområder. Region Hovedstaden udvikler i samarbejde med kommuner og almen praksis en model for tværsektoriel kompetenceudvikling i forbindelse med implementering af forløbsprogrammer. Samordningsudvalgene på hospitaler igangsætter og gennemfører kompetenceudviklingstilbuddene. Tilbuddene finansieres af tilskud fra pulje i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012.

Aftale

- I forbindelse med implementering af forløbsprogrammerne for KOL, type 2 diabetes og hjerte- karsygdomme udbyder regionen fælles, tværsektoriel kompetenceudvikling i perioden frem til udgangen af 2012
- Der skal aftales håndtering af behovet for fælles tværsektoriel kompetenceudvikling fra 2013

Monitering

- Løbende opfølgning på antal brugere af og indholdet af antal tilbud på Sundheds- og forebyggelsesportalen fordelt på kategorier fra henholdsvis kommuner, hospitaler og psykiatri
- Kvalitetsvurdering og -udvikling af forløbsprogrammerne for KOL, diabetes type 2 og hjerte- karsygdomme på baggrund af regionens analyse- og evalueringsmodel
- Når det nødvendige værktøj er udviklet, opsamles data i forhold til stratificering af patienterne med KOL, diabetes type 2 og hjerte- karsygdomme. Det skal monito-

res om patienterne bliver stratificeret, samt om de bliver ”fulgt” det rigtige sted i forhold til forløbsprogrammernes kriterier om arbejdsdeling

1.4 Udviklings samarbejde

Parterne er enige om, at følgende udviklingsopgaver i relation til forløbsprogrammerne skal prioriteres i aftaleperioden:

Monitoreringsredskab til forløbsprogrammer

Der igangsættes et udviklingsprojekt med henblik på at udvikle et værktøj til dataopsamling af stratificeringsdata fra almen praksis og hospitalerne.

Patientportal

For puljemidler fra Ministeriet for sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med en kronisk sygdom i 2010 – 2012 udvikles en patientportal for mennesker med en eller flere kroniske sygdomme på Region Hovedstadens hjemmeside. Portalen skal give kronisk syge information om indhold og anvendelse af forløbsprogrammer og understøtte dem i at indgå som en aktiv medspiller i forhold til eget forløb sammen med egen læge, hospital og kommune.

Tidlig opsporing af risikofaktorer

Tidlig opsporing af risikofaktorer med henblik på at skabe mulighed for tidlig intervention, således at sygdomsudvikling kan undgås eller udskydes, indgår ikke i implementering af forløbsprogrammerne. Tidlig opsporing prioriteres som et udviklingsområde med fokus på en tværgående og systematisk indsats. Almen praksis er i samarbejde med kommunerne ansvarlig for tidlig opsporing, identifikation, registrering og opfølgning på patientens risikofaktorer. Almen praksis har en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med kommune og hospital.

Telemedicin

For puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til en forstærket indsats for patienter med en kronisk sygdom i 2010 – 2012 iværksættes et analyse og demonstrationsprojekt med henblik på at identificere relevante og cost-effektive telemedicinske løsninger, der allerede er afprøvet i regionen og vurdere hvilke løsninger, der med fordel kan udbredes.

Aftaler:

- Regionen og kommunerne er enige om, at der på grundlag af erfaringerne med dette projekt skal aftales en plan for, hvordan den tværsektorielle anvendelsen af telemedicin til hjemmemonitorering og hjemmebehandling kan udvikles og udbredes.

2. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Borgerne skal tilbydes et effektivt og sammenhængende forløb i det samlede udrednings-, behandlings- og plejeforløb, hvor region, kommuner og praksissektor ser sig som sammenhængende samarbejdende organisationer.

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, som har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og praksissektor, med særligt fokus på den store gruppe af ældre, medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme. Der er særlige aftaler for mennesker med sindslidelser.

Aftalen omfatter både patienter, som modtager behandling på offentligt hospital, og patienter, der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus, som led i det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og almen praksis, eventuelt i samarbejde med ambulatorierne på hospitalerne.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at de involverede aktører i et behandlings- og plejeforløb har de informationer, der er relevante for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet. Dette gælder både ved indlæggelse og ved udskrivning. Tilsvarende skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante informationer formidles til borgeren og eventuelt til pårørende, og at borgeren ved hvem, der kan kontaktes ved spørgsmål.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre en rettidig afklaring af patientens behov efter udskrivelse samt koordination af udskrivningsforløbet mellem de involverede aktører, herunder varsling af udskrivningstidspunktet og ydelser, der er behov for efter udskrivning.

Afsnittet om sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb består af tre elementer:

- 1. Forebyggelse af indlæggelser**
- 2. Indlæggelser og udskrivninger**
- 3. Forebyggelse af genindlæggelser**

2.1 Forebyggelse af indlæggelser

2.1 Mål

- *At der udarbejdes og etableres en fælles model for, hvordan indlæggelser kan forebygges ved tidlig opsporing*
- *At almen praksis inddrages i indsatsen for at forebygge behov for indlæggelser og genindlæggelser*
- *At der udvikles de nødvendige redskaber og gennemføres en fælles kompetenceudvikling til brug for forebyggelse af indlæggelser*
- *At indlæggelse af patienter med hyppige og forudsigelige indlæggelsesforløb, så vidt muligt konverteres fra akutte indlæggelser til planlagte indlæggelser eller ambulante besøg*
- *At forskelle i indlæggeshyppighed for de forebyggelige diagnoser mellem kommuner analyseres med henblik på reduktion i aftaleperioden*

Formål

Målgruppen for indsatsområdet er primært ældre medicinske patienter, der allerede er i berøring med den kommunale hjemmepleje og/eller den praktiserende læge, samt kronisk syge med hyppige indlæggelser.

Hospitalsindlæggelser kan være en belastning for mange ældre patienter, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Det vil derfor gavne de pågældende, hvis indlæggelser kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Hvor indlæggelser kan forudses, bør de så vidt muligt gennemføres som planlagte indlæggelser.

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling. Håndteringen sker primært i kommunen med inddragelse af praktiserende læge og hospital. Praktiserende læger og hospitaler skal understøtte den kommunale indsats.

Realiseringen af målene kræver fælles kompetenceudvikling og redskaber til i tide at kunne identificere de relevante borgere med begyndende sygdomsudvikling. Derudover kræver realiseringen aktiv medvirken fra almen praksis og tilgængelighed af de nødvendige støttefunktioner på hospitalerne, i form af rådgivning og hurtigere tider til ambulant udredning.

2.1.2 Samarbejdsfora

Opgaverne på området henlægges til en arbejdsgruppe vedrørende indlæggelses- og udskrivningsforløb, som nedsættes med reference til den administrative styregruppe for sundhedsaftaler.

[Link til bilag ”0,2 Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper” indsættes.](#)

2.1.3 Driftssamarbejde

Aftaler

Følgende aftaler indgås med sundhedsaftale 2011-2014:

- Der sættes fokus på registrering af begyndende sygdomsudvikling, herunder udvikling af modeller og redskaber til registreringen
- Der skal aftales model for fælles kompetenceudvikling ud fra erfaringerne på kroniker området og den ældre medicinske patient
- Der etableres lokalt samarbejde om tiltag, der kan tage reducere omfanget af indlæggelser. Tiltagene fastlægges i dialog mellem den enkelte kommune, hospitalet og almen praksis
- Regionsadministrationen monitorerer området og stiller resultaterne til rådighed for kommuner, hospitaler og samordningsudvalg, der følger op på resultaterne

Monitorering

Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler udvælger et antal diagnoser, hvor antal indlæggelser af borgere over 65 år følges. For 2010 er valgt 8 diagnoser: Dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse, blodmangel, brud som følge af fald, mave-tarmproblemer og tryksår. Antal og type af diagnoser kan efter behov justeres i aftaleperioden. Monitoreringsresultaterne formidles og stilles til rådighed for kommuner, hospitaler og samordningsudvalg. I samordningsudvalgene drøftes niveauet for indlæggelser indenfor de pågældende diagnoser og initiativer, der kan håndtere afvigelse fra regionsgennemsnit og ”best practice”. Større og længerevarende afvigelser fra regionsgennemsnittet drøftes i den administrative styregruppe.

2.1.4 Udviklingsprojekter

Der foreslås gennemført følgende tværsektorielle udviklingsprojekter på området:

- Udvikling af fælles modeller og redskaber til ensartet observation og registrering af begyndende sygdomsudvikling til brug ved dialogen mellem kommunens hjemmepleje, almen praksis og hospital om relevant indsats
- Fastlæggelse af ramme for fælles kompetenceudvikling vedrørende forebyggelse af indlæggelser
- Udvikling af fælles retningslinjer for håndtering af afvigelser fra gennemsnittet af antal indlæggelser (jf. monitorering)
- Udvikling af modeller for udgående funktioner, herunder palliative teams, der kan medvirke til at forebygge indlæggelser

2.2 Indlæggelser og udskrivninger

2.2.1 Mål

- *At de relevante informationer er til rådighed på hospitalet ved indlæggelse og i kommune og almen praksis ved udskrivning*
- *At varslingsaftaler og udskrivningskonferencer anvendes, så antallet af færdigbehandlede patienter, der er indlagt på hospital, nedbringes yderligere*
- At sikre rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra hospital, herunder koordinering af færdigbehandlingstidspunkt og behov for ydelser efter udskrivning
- At sikre formidling af relevante informationer til patienten og eventuelt pårørende, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten
- At der udarbejdes aftaler for støtte til patienter (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra socialt botilbud til udredning og behandling på hospital
- Udvikling af ind- og udskrivningsforløb med de akutte modtageafdelinger.

Der er en række forudsætninger for opnåelse af sammenhængende patientforløb ved sektorovergange. De væsentligste er:

- At kommune, almen praksis og hospital i forbindelse med indlæggelse og udskrivning udveksler aktuelle oplysninger vedrørende patienten, herunder om medicinering og funktionsniveau
- At hospitalet tidligt ved hospitalsindlæggelse orienterer kommunen om, at de har modtaget en borger tilknyttet kommunal hjemmepleje
- At hospitalet tidligt i indlæggelsesforløbet vurderer og varsler relevante parter om patientens forventede funktionsniveau og behov efter udskrivelse, samt forventet tidspunkt for færdigbehandling
- At der ved behov afholdes tværsektoriel udskrivningskonference
- At hospitalet informerer kommunen, når patienten er færdigbehandlet

2.2.2 Samarbejdsfora

Opgaverne på området, der konkretiseres af den administrative styregruppe for sundhedsaftaler, henlægges til arbejdsgruppen vedrørende indlæggelses- og udskrivningsforløb.

2.2.3 Driftssamarbejde

Aftalerne indgået i sundhedsaftale 2008 - 2010 under indsatsområderne indlæggelsesforløb og udskrivningsforløb for svage, ældre patienter danner udgangspunkt for aftalerne under indsatsområdet indlæggelser og udskrivinger i Sundhedsaftale 2011 - 2014.

I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreført, udviklet og monitoreringen styrket. De videreførte aftaler gælder alle patienter/borgere med behov for ydelser fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Aftalerne videreudvikles for så vidt angår indlæggelser under 24 timer og komplekse forløb.

For indlæggelser og udskrivinger er der fokus på det sammenhængende patientforløb og særlige varslingsforløb.

Der er på hospitalerne aftalt retningslinjer for indsatsen i forhold til terminale patienter. Retningslinjerne lægger vægt på inddragelse af patienten og de pårørende i planlægning af den individuelle indsats samt en fleksibel og respektfuld opfyldelse af patientens og pårørendes ønsker. Retningslinjerne drøftes i samordningsudvalgene som grundlag for udvikling af en fælles praksis.

Kommunikation og koordination mellem hospital, kommune, praktiserende læger, herunder vagtlæger.

Det er afgørende for at sikre det sammenhængende patientforløb, at der ikke på noget tidspunkt i patientforløbet er tvivl om:

- Hvilken instans, der har ansvar for ydelserne
- På hvilket tidspunkt, ydelserne skal leveres

For at sikre dette, er en enkel og entydig adgang til kommunikation mellem hospitalet, kommunen og den praktiserende læge af stor betydning, således at:

- Der er en entydig kontaktadgang til såvel hospitalet som kommunen
- Der er enkel adgang til ajourførte kontaktoplysninger for hospitalet og kommunen, fx telefonnumre
- Kommunen er tilgængelig for dialog døgnet rundt:
 - På hverdage i dagarbejdstiden (kl. 8-15) for henvendelser vedrørende indlæggelser og udskrivelser
 - aften, nat og weekend for akutte henvendelser vedrørende indlæggelser og udskrivinger fra akutmodtagelserne
- Den praktiserende læge/dennes stedfortræder er tilgængelig i dagtimerne/åbningstiderne.

Formidling af relevante oplysninger om patientens indlæggelsesforløb sker elektronisk gennem MedCom standarder. Nødvendig dialog om udskrivning sker telefonisk.

Koordinerende funktioner på hospitalet og i kommunen

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

Koordinatorfunktionen sikrer formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune i forbindelse med udskrivningsforløb. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger.

Patientens mulighed for dialog med hospitalet, kommunen og andre relevante parter efter udskrivelse fra hospital

I forbindelse med udskrivelsen skal patienten have udleveret skriftlig information med navn, telefonnumre og træffetider til en eller flere kontaktpersoner på hospitalet og i kommunen. Dermed sikres det, at patienten og eventuelt pårørende har mulighed for videre dialog med relevante parter om konkrete problemstillinger efter udskrivelsen.

Varsling af forventet færdigbehandlingstidspunkt

Alle forløb, hvor der er brug for kommunal indsat efter udskrivning, varsles efter de aftalte regler.

Sundhedsstyrelsens definition af en færdigbehandlet patient og regler for registrering af en patient som færdigbehandlet ligger til grund for samarbejdet om varsling og udskrivning.

Patienter, der i indlæggelsesforløbet flyttes mellem hospitalsafdelinger må således ikke registreres som færdigbehandlede, hvis de skal under videre behandling på anden afdeling eller andet hospital.

Varslingsreglerne gælder ikke terminale patienter, da de ikke skal meldes færdigbehandlede. Deres forløb tilrettelægges individuelt og på baggrund af en tæt dialog mellem parterne og patienten og dennes pårørende.

Særlige varslingsforløb

Håndtering af indlæggelser under 24 timer

Med etablering af regionens nye akutmodtagelser vil mange patienter blive udredt og udskrevet indenfor 24 timer. Disse patienters funktionsniveau forudsættes som udgangspunkt uændret. Varsling foretages på baggrund af de generelle regler, men følges med en målrettet dialog med kommunen, når der er klarhed over det forventede færdigbehandlingstidspunkt. Kommunen orienteres elektronisk om indlæggelsen via indlæggelses-advis. Hospitalet meddeler kommunen elektronisk om udskrivelse samtidig med melding om færdigbehandling. For patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje er direkte dialog mellem hospital og kommune fortsat nødvendig.

Håndtering af vanskelige varslingsforløb

Hospitalet skal tidligt i indlæggelsesforløbet vurdere patientens plejebehov efter udskrivelsen og varsle kommunen om det forventede funktionsniveau og plejebehov. Herudover oplyser hospitalet kommunen om forventet færdigbehandlingstidspunkt. For visse patienter er korrekt varslingsvanskeligt. Det drejer sig om:

- a) Patienter, der responderer på behandlingen hurtigere end forventet
- b) Patienter, der afventer afklaring af diagnose og dermed beslutning om eventuel behandling.
- c) Patienter, der får uforudsete tilbagefald eller rammes af nye sygdomme.

I sådanne forløb er det nødvendigt med et intensiveret samarbejde mellem hospitalet og kommunen.

Aftaler

- De aftalte varslingsregler anvendes ved alle udskrivningsforløb, hvor der er brug for kommunal indsats.
- Ved indlæggelser under 24 timer gives kommunen meddelelse om udskrivelse samtidig med melding om færdigbehandling.
- Der gennemføres udskrivningsdialog i forhold til borgere med behov for særlig indsats i forbindelse med udskrivning
- Varlingen i vanskelige udskrivningsforløb monitoreres og gøres til et udviklingsområde

Aftalerne er udmøntet i bilagene.

Der indsættes link til følgende bilag:

[”2.1 Ansvarsfordeling mellem kommuner, almen praksis og hospital i forbindelse med indlæggelser”](#)

[”2.2 Varslingsregler”](#)

[”2.3 Færdigmeldingsregler”](#)

[”2.4 Terminal og palliativ indsats”](#)

Monitorering

- Indlæggelser under 1 døgn følges via registreringerne i de eksisterende patientadministrative systemer
- Andel af forløb hvor varslingsreglerne overholdes
- Tidstro registrering af udskrivninger
- De forløb, hvor korrekt varslingsvanskeligt, identificeres og følges med henblik på undersøgelse af karakter og volumen
- Udvikling i anvendelse af tidlig dialog mellem de udskrivningsansvarlige på hospitalet og i kommunerne ved udskrivning af patienter med væsentlig eller markant nedsat funktionsevne (kategori C og D)
- Andelen af færdigbehandlede patienter på hospitalet

Lokale aftaler om monitorering kan aftales i samordningsudvalgene.

2.2.4 Udviklingsprojekter

Der gennemføres følgende udviklingsprojekter:

- Der udarbejdes en fælles varslingsvejledning for at harmonisere udøvelsen af varslingen på regionens hospitaler.
- Der udarbejdes modeller for samspillet mellem hospitalernes akutte modtagelser og den kommunale indsats for indlæggelser under 24 timer
- Samordning og ensretning af hospitalernes tilbagemeldinger til kommunerne om færdigbehandlede patienter
- Fælles tværsektorielle retningslinjer for den terminale og palliative indsats
- Forbedring af dialogen om de vanskelige varslingsforløb mellem hospital og kommuner om disse forløb
- På baggrund af en analyse af de identificerede komplekse varslingsforløb videreudvikles varslingsregler for disse forløb

2.3 Forebyggelse af genindlæggelser

2.3.1 Mål

- *At der iværksættes opfølgingsordninger i forhold til den ældre medicinske patient*
- *At reducere omfanget af genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en tidligere indsats fra hospital, kommune eller praktiserende læge, hver især eller i fællesskab*

2.3.2 Driftssamarbejde

Forebyggelse af genindlæggelser indgår i regionens plan om den ældre medicinske patient. Der iværksættes 3 ordninger:

- *Følge hjem*, hvor patienten følges hjem af hospitalspersonalet med eventuel deltagelse af kommunalt personale
- *Følge op*, hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet. Implementering af denne ordning aftales med den enkelte kommune
- *Ringe hjem*, hvor hospitalspersonalet ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen

Fælles for ordningerne er, at de er med til at skabe sammenhængende forløb og tryk-
hed for patienten i forbindelse med udskrivelse efter et hospitalsophold samt at fore-
bygge genindlæggelser.

Følge hjem ordningen finansieres af regionen og er under implementering på hospita-
lerne. *Ringe hjem* ordningen er under udvikling gennem forsøgsordninger.

Tilslutning til implementering af *følge op* ordningen er frivillig for den enkelte kom-
mune og aftales i tillægsaftalen.

Internt på hospitalerne skal der være styrket fokus på tiltag, der forebygger genind-
læggelse.

Aftaler

- *Følge hjem* ordning: Med udgangspunkt i udskrivningsdialogen aftaler hospital og kommune/hjemmesygeplejen iværksættelse af følge hjem-ordning ud fra en hel-
hedsvurdering af patientens behov. For følge hjem ordningen aftales om og i givet
fald hvem fra kommunen, der deltager i hjemmet under ”hjemfølgningen”, der fo-
retages af hospitalspersonalet. Nærmere aftaler om arbejdsgange mellem parterne
aftales i det enkelte samordningsudvalg.
- *Følge op* ordning: Med udgangspunkt i udskrivningsdialogen aftaler hospital,
kommune/hjemmesygeplejen og borgerens praktiserende læge hos hvilke patien-

ter, der aflægges et opfølgende hjemmebesøg. Det aftales således under udskrivningsdialogen, hvilke patienter, der er relevante at tilbyde et opfølgende besøg. Hjemmesygeplejen/visitationen er herefter ansvarlig for kontakt til den praktiserende læge og herefter til patienten for at tilbyde det opfølgende besøg. Nærmere aftaler om arbejdsgange mellem parterne aftales i det lokale samordningsudvalg.

Deltagelsen i følge op ordningen fra almen praksis er reguleret i en særlig § 2 aftale. [Link til bilag ”2.5 §2 aftale” indsættes.](#)

Monitorering

- Der foretages registrering af omfanget af genindlæggelser indenfor 30 dage for personer omfattet af ordningerne via de eksisterende patientadministrative systemer.

2.3.3 Udviklingsprojekter

Ringe hjem ordning: Ordningen iværksættes som projekter, der udvælges ved en ansøgningsrunde, hvor hospitalsafdelingerne kan søge om finansiering. Projektbeskrivelserne skal inkludere en evaluering, der kan danne grundlag for beslutninger om eventuel videreførelse af en ordning på regionalt niveau.

3. Hjælpemidler

3.1 Mål

- *At konsolidere og videreudvikle samarbejde mellem hospital og kommuner om rettidig og relevant forsyning med hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere med behov herfor*
- At udvikle og vedligeholde en klar arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug
- At sikre, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra hospital samt sikre den nødvendige instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber

Formål

Det overordnede formål med indsatsområdet hjælpemidler er at sikre at alle borgere, der har behov for et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel, får tilbudt dette uden unødigt ventetid og med fornøden, kvalificeret instruktion og tilpasning.

Aftalen skal medvirke til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler til den enkelte borger. Aftalen skal sikre klarhed over arbejdsdelingen vedrørende afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet. Aftalen skal endvidere sikre, at borgeren efterfølgende har let adgang til at få svar på spørgsmål vedrørende anvendelse, reparation og udskiftning af det konkrete behandlingsredskab og/eller hjælpemiddel.

Aftalen skal ligeledes medvirke til, at der sker en afklaring af borgerens behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber, således at disse er til rådighed ved udskrivelsen.

Indsatsområdets fokus er på konsolidering og videreudvikling af den sikre drift, der med casekatalog og samarbejdsorganisation er skabt i den første aftaleperiode.

3.2 Samarbejdsfora

Udviklingsgruppe vedrørende hjælpemidler

Under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler er nedsat en permanent tværsektoriel udviklingsgruppe vedrørende hjælpemidler. Gruppens opgaver er:

- følge udviklingen på hjælpemiddelområdet
- at fortolke problemstillinger fra praksis og herudfra udarbejde cases til afklaring af ansvarsfordelingen mellem region og kommuner
- at revidere casekataloget en gang årligt

[Link til bilag ”0.3 Standardkommissorium for Udviklingsgrupper” indsættes.](#)

Fagligt hjælpemiddelforum

Der er nedsat faglige hjælpemiddelfora med deltagelse af repræsentanter fra hjælpemiddelområderne på det enkelte hospital og kommunerne i hospitalets optageområde. De faglige hjælpemiddelfora refererer til de lokale samordningsudvalg, og der følges op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler minimum en gang årligt. Endvidere skal fælles kompetenceudvikling fremmes.

3.3 Driftssamarbejde

Afgrænsningen mellem hjælpemidler og hjælperedskaber er reguleret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber (2006), jf. Sundhedsloven. Indsatsområdet vedrører desuden hjælpemidler, som ydes af kommunerne efter Indenrigs- og Socialministeriets bekendtgørelse om ydelser af hjælpemidler og forbrugsgoder, jf. Serviceloven.

Aftaler indgået i Sundhedsaftale 2008 - 2010 vedrørende hjælpemiddelområdet videreføres i Sundhedsaftale 2011 - 2014. I Sundhedsaftale 2011 - 2014 ønskes disse aftaler videreudviklet, så gråzoneproblematikker i afgrænsningscirkulæret minimeres og monitoreringen styrkes.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Konsolidering og videreudvikling af arbejdsdeling beskrevet i case-kataloget
- Kommunikation og samarbejde over sektorgrænserne
- Høreapparatområdet
- Velfærdsteknologi

Arbejdsdeling

Aftalegrundlaget for arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne er beskrevet i et casekatalog med eksempler på og beskrivelser af ansvarsfordelingen i forhold til hjælpemidler, behandlingsredskaber og arbejdsredskaber, således at snitfladen fremstår tydelig og anvendelig.

Med bevilling/forsyning af hjælpemidlet følger også ansvaret for instruktion i brugen og ansvaret for at afklare spørgsmål i forbindelse med brugen af hjælpemidlet. Indstilling og individuel tilpasning til behandlingsredskabet eller hjælpemidlet påhviler den bevilligende myndighed. Instruktionen i korrekt anvendelse af hjælpemidlet samt vedligeholdelse og reparation hører ligeledes med i forsyningsansvaret.

Ansvaret for at følge og leve op til casekataloget ligger i samordningsudvalgene. Hospital og kommune har hver især ansvar for implementeringen i egen organisation.

Implementeringen af casekataloget har indtil nu fulgt afgrænsningscirkulæret. Aftales der lokalt eller regionsdækkende ændrede snitflader i forhold til afgrænsningscirkulæ-

re og regler på området, skal de omkostningsmæssige konsekvenser mellem hospital/region og kommuner afklares mellem parterne.

Casekataloget er et dynamisk redskab, som udbygges i takt med udviklingen på området. Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler reviderer og udarbejder nye cases til casekataloget en gang årligt. Det er den administrative styregruppe, der godkender casekataloget efter høring i de faglige baglande.

Kommunikation og samarbejde over sektorgrænserne

Ved indlæggelse på hospitalet sker en sundhedsfaglig vurdering af behovet for hjælpemidler og behandlingsredskaber som led i undersøgelses- og behandlingsforløbet.

Udskrivning til eget hjem planlægges med en rettidig dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler, behandlingsredskaber og/eller boligændringer, således at patienten har sikkerhed for, at de hjælpemidler/behandlingsredskaber, der er nødvendige for udskrivelsen, er til stede i hjemmet, når patienten udskrives. Hvis det vurderes, at patienten ved udskrivelsen har behov for hjælpemidler og / eller boligændringer, beskrives den forventede funktionsevne ved udskrivelsen i ”varsling om udskrivelse”, som sendes til kommunen.

I udskrivningsrapporten indgår en vurdering af patientens funktionsevne ved udskrivelsen. Det skal beskrives hvilke udskrivningsbetingede hjælpemidler, hospitalet medgiver, og om der er søgt hjælpemidler i kommunen.

Aftaler, der videreføres fra sundhedsaftale 2008 – 2010:

Aftalerne er beskrevet i bilagene.

[Der indsættes links til følgende bilag:](#)

”3.1 Arbejdsdeling i forhold til behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber og boligændringer”

”3.2 Casekatalog - Ansvarsfordeling mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler”

”3.3 Samarbejdsaftale vedrørende kropsbårne hjælpemidler til varigt brug efter §112 i lov om social service”

”3.4 Pjece - ”Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler”

”3.5 Retningslinjer for aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivning fra hospital”

Høreapparatområdet

Kommunerne har ansvaret for bevilling og finansieringen af høreapparater. Udredning af høretab foretages af en privatpraktiserende speciallæge i øre- næse- halssygdomme eller på hospitalernes audiologiske afdelinger. Udlevering af høreapparater foregår enten fra hospitalernes audiologiske afdelinger eller fra en godkendt privat høreklinik.

Den administrative styregruppe nedsatte i efteråret 2009 en arbejdsgruppe under arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler. Arbejdsgruppen har i sommeren 2010 færdig-

gjort en rapport med en udredning af sagsgange og samarbejde på høreapparatområdet. Aftaler om tiltag på området afventer færdiggørelse af rapporten.

Velfærdsteknologi

Der vil i aftaleperioden blive et voksende behov for nye velfærdsteknologiske løsninger også på hjælpemiddelområdet. Opgaven er nærmere beskrevet under kapitel 8 om IT, kommunikation og velfærdsteknologi.

Twister vedrørende hjælpemidler

Tvivlsspørgsmål og tvister om betalingsspørgsmålet parterne imellem må ikke medføre forsinkelse i udlevering af hjælpemidler til borgeren. Opstår der tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab eller hjælpemiddel, skal den myndighed, der har tættest kontakt med borgeren, umiddelbart levere det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel til borgeren. Betalingsspørgsmålet må afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Twister mellem region og kommune om håndtering af sager på hjælpemiddelområdet søges først løst via dialog mellem det faglige personale på hospitalet og relevante samarbejdspartnere i kommunen eller i Fagligt Hjælpemiddelforum nedsat under samordningsudvalgene. Hvis dette ikke er muligt, behandles sagen i det lokale samordningsudvalg.

Twister af mere principiel karakter drøftes i samordningsudvalgene og videreformidles i fornødent omfang til den administrative styregruppe.

Monitorering

Der monitoreres på;

- At borgerne i tilfredshedsundersøgelser tilkendegiver tilfredshed med hjælpemiddelforsyningen i forbindelse med udskrivning

Fagligt Hjælpemiddelforum følger op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler i forhold til:

- Hjælpemidler/behandlingsredskaber/boligændringer er til rådighed for borgeren, når behovet er aktuelt og er tilpasset borgerens behov
- Sagsbehandlings- og leveringstider

Opfølgningen skal i størst muligt omfang bygge på eksisterende og allerede registrerede data. Opfølgningen forelægges samordningsudvalget.

3.4 Udviklingstiltag

På hjælpemiddelområdet vil der blive arbejdet med følgende udviklingsområder:

- Samarbejde om hjælpemidler til barriatriske (meget store) patienter
- Samordning af casekatalog på landsplan

- Indgåelse, implementering og opfølgning af aftaler vedrørende høreapparat-området

Sikring af en tæt forbindelse mellem udviklingen på hjælpemiddelområdet og området vedrørende telemedicin og velfærdsteknologi.

4. Genoptræningsområdet

4.1 Mål

- *At samarbejdet konsolideres og videreudvikles med tværfaglige og tværsektorielle forløbsbeskrivelser*
- *At variationen mellem hospitaler i omfanget af genoptræningsplaner på forskellige diagnoser og i fordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning er mindst mulig ved udgangen af 2012*
- *At samarbejdet vedrørende børnegenoptræning understøttes med fokus på implementering af snitfladekataloget*
- *At der udarbejdes en samlet kapacitetsplan for hospitaler, kommuner og praksissektoren – herunder genoptræning for indlagte patienter*
- *At genoptræning indgår i den kommende ramme for rehabilitering*
- *At de tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser vedrørende skulderopererede og apopleksi vil være færdigudviklet ved aftaleperiodens start og kan implementeres umiddelbart herefter. Efterfølgende udarbejdes der i aftaleperioden to tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser om året*
- *Fortsat at sikre korrekt og rettidig kommunikation mellem kommunen, almen praksis og hospitalet i forbindelse med udskrivning fra hospital for patienter med et genoptræningsbehov, herunder at følge udviklingen af kontaktpersonordningen*
- *Fortsat at sikre tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted*

Formål

Det overordnede formål er at sikre effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet og koordination af kapaciteten, så genoptræning kan ske uden unødigt ventetid. Aftalen medvirker desuden til at sikre klarhed over, hvem der er ansvarlig for at levere genoptræningen. Samtidig skal aftalen medvirke til, at der skabes ensartet praksis inden for området på tværs af regionen.

Sammenhængende genoptræningsforløb kræver en effektiv elektronisk understøttet kommunikation mellem hospital, kommune og praksis, på tværs af sektorgrænser. Ligeledes skal patientens mulighed for dialog med de forskellige aktører sikres.

Der er behov for at udvikle en fælles ramme for tværsektorielt samarbejde vedrørende rehabilitering i forhold til en række områder. Rammen er primært målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Udviklingen af rammen skal ske inden for Sundhedslovens bestemmelser på genoptræningsområdet (jf. § 84, 140

og 251). Rammen skal ud over sundhedsindsatser omfatte indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning.

Aftalen om genoptræning omfatter *alle patienter* (både børn og voksne), der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning.

Aftalen omfatter patienter, som har modtaget behandling på et offentligt hospital, og patienter, som har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/privathospital, f.eks. som led i det udvidede frie sygehusvalg, samt patienter, der har modtaget behandling for egen regning og derefter er henvist til et offentligt hospital til vurdering af genoptræningsbehov.

4.2 Samarbejdsfora

Den tværsektorielle udviklingsgruppe vedrørende genoptræning

Under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler er der nedsat en permanent tværfaglig og tværsektoriel udviklingsgruppe vedrørende genoptræning. Udviklingsgruppen skal medvirke til at sikre sammenhængende genoptræningsforløb for borgere, der har behov for genoptræning efter udskrivelse fra hospital. Udviklingsgruppen vedrørende genoptræning skal:

- Udarbejde og udvikle tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Revidere snitfladekataloget ud fra de gældende retningslinjer
- Følge udviklingen på genoptræningsområdet, herunder genoptræning af børn

Udviklingsgruppens opgaver fastlægges i en årlig arbejdsplan.

[Link til bilag "0.3 Standardkommissorium for udviklingsgrupper" indsættes.](#)

4.3 Driftssamarbejde

Aftalerne indgået i sundhedsaftale 2008-2010 under indsatsområdet træning videreføres i Sundhedsaftalen 2011-2014. Aftalerne videreudvikles og monitoreringen styrkes. Sundhedsaftalen 2011-2014 har fokus på:

- Fordelingen mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Snitfladekatalog på voksenområdet og tilhørende værktøjer
- Snitfladekatalog på børneområdet og Samarbejdsmodel på børneområdet
- Erhvervet hjerneskade
- Elektronisk kommunikation
- Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination mellem hospitaler og i kommuner
- Ventetidsoplysninger
- Tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Privathospitaler og sammenhængende genoptræningsforløb

Fordelingen mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner

Variationen i omfanget af almen og specialiseret genoptræning / antal genoptræningsplaner skal på sammenlignelige områder være mindst mulig ved udgangen af 2012.

Monitoreringsindikatorer

- Udviklingen i antal almene og specialiserede genoptræningsplaner for voksne og for børn, samt fordelingen heraf
- Variationen i omfanget af almene og specialiserede genoptræningsplaner inden for de 3 -5 hyppigste diagnoser

Rettidighed og kvalitet / korrekt udfyldelse af genoptræningsplaner monitoreres gennem audits.

Snitfladekataloget, voksenområdet

Snitfladekataloget og tilhørende værktøjer på voksenområdet er implementeret.

I takt med, at der opstår ny viden og nye behandlingsformer inden for området, vil der løbende være behov for opfølgning af snitfladekataloget. Den administrative styregruppe fastlægger retningslinjer for opfølgningen. Arbejdet hermed er forankret i udviklingsgruppen vedrørende genoptræning. Revideret snitfladekatalog og implementering heraf godkendes af den administrative styregruppe.

[Link til bilag "4.1 Snitfladekataloget – genoptræning - voksne" indsættes.](#)

Snitfladekataloget og samarbejdsmodel, børneområdet

Snitfladekataloget og tilhørende samarbejdsmodel på børneområdet implementeres.

I takt med at der opstår ny viden og nye behandlingsformer inden for området, vil der løbende være behov for opfølgning af snitfladekataloget. Den administrative styregruppe fastlægger retningslinjer for opfølgning af snitfladekataloget og af tilhørende værktøjer. Arbejdet hermed er forankret i udviklingsgruppen vedrørende genoptræning. Revideret snitfladekatalog og implementering heraf godkendes i den administrative styregruppe.

[Der indsættes links til følgende bilag:](#)

["4.2 Snitfladekataloget – genoptræning - børn"](#)

["4.5 Samarbejdsmodel for genoptræningsmodel på børneområdet"](#)

Erhvervet hjerneskade

Personer med erhvervet hjerneskade er et særligt fokusområde, på grund af områdets mange samtidigt gældende lovgivninger. For at sikre sammenhæng i indsatsen og dialogen mellem hospitaler og kommuner over for voksne personer med erhvervet hjerneskade og apopleksi, er der fastlagt kriterier for færdigbehandling i hospitalsregi og udskrivning til videre genoptræning/rehabilitering. Kriterierne skal også implementeres i forhold til private aktører.

[Link til bilag "4.12 Kriterier for færdigbehandling af personer med erhvervet hjerneskade" indsættes](#)

Det er aftalt, at udskrivningsansvarlige og genoptræningsansvarlige på hospitalet og i kommunen skal samarbejde tæt om at sikre sammenhæng mellem udskrivning og videre genoptræning / rehabilitering. Genoptræningsplanen med tilhørende supplerende oplysninger bruges som kommunikationsredskab. Den skal indeholde alle nødvendige oplysninger for at sikre en dækkende genoptræning/rehabilitering, herunder oplysninger om behov for kognitiv og kommunikationsmæssig genoptræning.

[Link til bilag "4.12 Rapport fra arbejdsgruppen for erhvervet hjerneskade" indsættes.](#)

Elektronisk kommunikation

Den elektroniske genoptræningsplan, udviklet på nationalt plan, er implementeret på hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden. Der er fokus på konsolidering, opfølgning samt monitorering af anvendelsen. Der henvises til kapitel 8 om elektronisk kommunikation.

[Link til bilag "4.8 Genoptræningsplaner" indsættes.](#)

Inden udgangen af 2010 er der implementeret kommunikationsstandarder for kommunikation mellem hospital, kommuner og almen praksis i forbindelse med afslutning af et genoptræningsforløb. Kommunikationsstandarderne følger retningslinjerne i Med-Com standarderne for den elektroniske genoptræningsplan.

Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination mellem hospitaler og i kommuner

Der er etableret en kontaktpersonordning for hver kommune og for hvert hospital. På genoptræningsplanen er anført den kommunale og regionale kontaktperson for den enkelte borgers genoptræningsforløb.

Kommunerne og hospitalerne i regionen har en gensidig forpligtelse til at sikre let tilgængelig adgang til oplysninger om kontaktpersoner.

Overgangen i et træningsforløb fra hospital til kommune skal være sammenhængende, og let forståeligt for patienten/borgeren. Derfor er der etableret én entydig kommunikationsindgang til den enkelte kommune og til det enkelte hospital for at sikre samarbejde og formidling af information mellem hospital og kommune, bl.a. så genoptræningsplaner kun sendes til ét sted (én myndighedsfunktion).

Ventetidsoplysninger

Regionen og kommunerne opdaterer løbende oplysninger om faktiske ventetider til egne ambulante tilbud. Ved udgangen af 2013 skal faktiske ventetider til genoptræningstilbud (dvs. tid fra udskrivning til faktisk tilbudt træning) opgøres ens hos alle leverandører og være tilgængelige på internettet, når IT-understøttelse er etableret.

Monitoreringsindikator

- Faktiske ventetidsoplysninger fra 2014

Tværasektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser

Ved starten af 2011 er der implementeret tværfaglige og tværasektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser på diagnosegrupperne apopleksi og skulderlidelser.

Der udarbejdes og implementeres to genoptræningsforløbsbeskrivelser om året i perioden 2011- 2014.

Genoptræningsforløbsbeskrivelserne udarbejdes ud fra evidens og fælles kvalitetskrav.

[Link til bilag "4.9 Tværasektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser".](#)

Privathospitaler og sammenhængende genoptræningsforløb.

Hvor en patient bliver udskrevet fra et privat hospital efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vurderer det private hospital behovet for en genoptræning og udarbejder på det grundlag eventuelt en sådan plan.

Patienter, der udskrives fra et privat hospital efter egenfinansieret behandling, kan af det private hospital henvises til et hospital i bopælsregionen med henblik på vurdering af behov for en genoptræningsplan og efterfølgende vederlagsfri genoptræning.

Tilsvarende gælder hvor en patient bliver udskrevet fra et af de i Sundhedslovens § 79 omtalte private specialsygehuse. Såfremt genoptræningsbehovet er omfattet af kriterierne for almen genoptræning, sendes genoptræningsplanen direkte til kommunen.

Der følges op på, at privathospitalerne efterlever bestemmelserne om udarbejdelse af genoptræningsplaner ud fra gældende snitfladekatalog.

4.4 Udviklingssamarbejde

- Der skal fastlægges vejledende differentierede måltal på diagnosegrupper for fordelingen mellem andelen af almen og specialiseret genoptræning samt andelen af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- For at sikre ensartet kvalitet af genoptræningsplaner ønskes der i tillæg til den elektroniske genoptræningsplan, udvikling af standardiserede genoptræningsnotater fælles for alle hospitaler. Notaterne skal indeholde en uddybende, kvalitativ vejledning til udfyldelse af den elektroniske genoptræningsplan
- Den elektroniske genoptræningsplan søges implementeret på alle privathospitaler
- Børn er et særligt fokusområde på grund af områdets juridiske, organisatoriske, faglige og økonomiske kompleksitet. Områdets udvikling skal følges løbende
- Der skal udarbejdes en samlet kapacitetsplan på hospitaler og kommuner, herunder indlagte patienters træning, for at sikre den tværsektorielle indsats på området
- Der igangsættes konkrete forskningsprojekter på genoptræningsområdet. Formålet er at skabe større evidens med hensyn til genoptræningens organisatoriske og faglige tilrettelæggelse. Der henvises til indsatsområdet vedrørende forskning
- Der udarbejdes to tværsektorielle og tværfaglige genoptræningsforløbsbeskrivelser om året, som efterfølgende implementeres. Beskrivelserne skal være med til at understøtte ensartet kvalitet og sammenhæng i genoptræningsforløb
- I takt med implementering af genoptræningsforløbsbeskrivelser udvikles der auditundersøgelser af genoptræningsplaner
- I aftaleperioden vil der være behov for nærmere at få fastlagt indholdet i og udviklet en ramme for samarbejde vedrørende rehabilitering især målrettet kronikerindsats, kræft, psykisk syge og erhvervet hjerneskade. Rammen skal ud over sundhedsindsatser indtænke indsatser fra andre relevante områder, herunder socialområdet, beskæftigelse og specialundervisning

5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser

5.1 Mål

- *At styrke samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis således, at samarbejdsaftalerne bruges i det daglige arbejde*
- *At etablere et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering af borgere med psykiatriske lidelse*
- Udvikling af samarbejdet og samarbejdsformerne for det gode ind- og udskrivningsforløb mellem de psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at styrke en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i forhold til mennesker med sindslidelse
- Udvikle samarbejde og samarbejdsformer om de ambulante forløb mellem de psykiatriske centre og kommunerne

Formål

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at mennesker med sindslidelser oplever sammenhæng og helhed i indsatsen. Det kræver, at kommuner, psykiatrien og almen praksis arbejder tæt sammen i det enkelte forløb og har kendskab til og respekt for hinandens kerneområder, samt inddrager og udnytter hinandens kompetencer optimalt.

Alle mennesker med sindslidelse skal have lige adgang til sundhed og behandling uanset bopæl, social status og personlige ressourcer. Der skal være fokus på opsporing og tidlig indsats i forhold til mennesker med sindslidelser, herunder mennesker med ikke-psykotiske lidelser, mennesker med dobbeltdiagnoser, hjemløse med sindslidelser, ældre med sindslidelser m.fl.

Kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder efter et fælles mål om, at mennesker med sindslidelser skal leve et liv så tæt på det normale som muligt og inkluderes i samfundet. Alle parter i sundhedsaftalen arbejder derfor efter, at mennesker med sindslidelser skal have det mindst indgribende, men effektive tilbud om behandling og kommunal indsats. Der er således fokus på, at behandling af mennesker med sindslidelser skal ske hos egen læge, når det kan lade sig gøre – eller ambulant i psykiatrien. Desuden skal mennesker med sindslidelse så vidt muligt bevare egen bolig og tilknytningen til nærmiljøet. Det vil medvirke til at begrænse stigmatisering af mennesker med sindslidelser.

Endelig skal mennesker med sindslidelser opleve tilgængelighed i såvel psykiatrien, kommunerne og hos almen praksis. Der skal være nem adgang til information både i

forhold til sygdom, behandling og kommunale ydelser. Tilgængelighed i psykiatrien forudsætter nem tilgængelighed myndighederne imellem. Styrkelse af koordination og tilgængelighed imellem myndighederne er et centralt fokusområde, så adgang til råd, vejledning, supervision mv. lettes som del af den almindelige daglige samarbejdsform.

5.2 Driftssamarbejdet

Det gode indlæggelses - og udskrivningsforløb

Samarbejde og god kommunikation omkring indlæggelse og udskrivning i forbindelse med psykiatrisk behandling er afgørende for, at mennesker med sindslidelser oplever en sammenhængende indsats ydet af kommune, almen praksis og psykiatrisk center. En velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem parterne, herunder varsling af færdigbehandling og udskrivning af mennesker med sindslidelse efter endt behandling, er afgørende for, at målet om en fælles rehabiliteringsindsats kan opnås. Samarbejdet og kommunikationen er beskrevet i samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og de enkelte psykiatriske centre.

Samarbejdsaftaler – grundlaget for det daglige samarbejde

Kommunerne i regionen og Region Hovedstadens Psykiatri indgik i forbindelse med de første sundhedsaftaler bilaterale konkrete samarbejdsaftaler mellem samtlige kommuner og de psykiatriske centre i Region Hovedstaden på både voksenområdet og børne- og ungeområdet. Samarbejdsaftalerne er revideret som grundlag for samarbejde og kommunikation i aftaleperioden 2011-2014.

Samarbejdsaftalerne er forløbsbaserede og udmønter de krav til samarbejde myndighederne imellem, der er stillet i bekendtgørelse og vejledning til sundhedsaftalerne.

Samarbejdsaftalerne indeholder aftaler om:

- Ansvars- og arbejdsdeling mellem region og kommuner på både voksenområdet og børne- og ungeområdet samt for mennesker med sindslidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser) og andre særlige problemstillinger
- Koordinering og opfølgning af den sundhedsfaglige indsats og den socialfaglige indsats, samt fastlæggelse af, hvem der er ansvarlig for at tage initiativ til dialog
- Indlæggelse og udskrivning, herunder formidling af relevant information mellem parterne og tilgængelighed for videre dialog og spørgsmål
- Ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af pågældendes samlede behov, og der varsles i forbindelse med udskrivning for at sikre, at der er taget stilling til eventuelle støttebehov ved udskrivningen
- Særligt fokus på børn i familier med sindslidende

Der indsættes link til følgende bilag:

[”0.5 Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – Psykiatrien – Voksne”](#)

[”0.6 Kommissorium for de lokale samordningsudvalg – Psykiatrien –Børn og Unge”](#)

Implementering og monitorering af samarbejdsaftalerne

Det er en væsentlig forudsætning for, at mennesket med sindslidelse får en oplevelse af helhed og sammenhæng, at det personale, der møder den pågældende i det daglige arbejde kender og bruger sundhedsaftalerne/samarbejdsaftalerne. Både kommuner og de psykiatriske centre oplever, at der skal gøres en indsats for, at aftalerne anvendes i det daglige arbejde.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden monitorere samarbejdet mellem region og kommuner via løbende Ledelsesinformation på centrale områder for psykiatrien
- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden tage initiativ til at gennemføre monitorering af, i hvilket omfang de konkrete samarbejdsaftaler bliver brugt i det daglige arbejde. På baggrund heraf igangsættes der i aftaleperioden forbedringsinitiativer efter behov
- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden udarbejde en beskrivelse af opgavedelingen mellem henholdsvis kommuner og almen praksis/privat praktiserende speciallæger samt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis/privatpraktiserende speciallæger

5.3 Udviklingsamarbejde

Rehabilitering af mennesker med sindslidelse

Ud over fokus på den gode udskrivning, skal der sættes fokus på den langsigtede indsats for behandlingen af den pågældendes sindslidelse og den kommunale indsats efter udskrivningen. Det kræver, at behandlingsplanen i henhold til sundhedsloven, en social handleplan efter serviceloven og jobplanen efter beskæftigelseslovgivningen bringes til at spille sammen i forhold til mennesker med sindslidelser.

Som led i at realisere målet om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for mennesker med sindslidelse, vil kommuner og Region Hovedstadens Psykiatri sætte fokus på fælles rehabilitering af denne målgruppe. Forudsætningen for dette er en rettidig og dækkende kommunikation, som fastlagt i samarbejdsaftalerne.

Målet for en rehabiliteringsindsats er, at alle involverede arbejder efter samme mål.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil med afsæt i de erfaringer, der udspringer fra forskningsenheden om psykiatrisk rehabilitering på Psykiatrisk Center Ballerup igangsætte relevante pilotprojekter om rehabilitering af mennesker med sindslidelser i aftaleperioden. Pilotprojekterne skal sikre udvikling af fælles sprog, fælles metoder og fælles patientundervisning.

Medicinering

Samarbejdet på medicinområdet er beskrevet under indsatsområdet medicin. Det her beskrevne samarbejde og udviklingsprojekter, navnlig vedrørende medicinoplysninger ved indlæggelse og udskrivning samt det fælles medicinkort (FMK), gælder også på det psykiatriske område.

Herudover er der på det psykiatriske område følgende særlige fokuspunkter vedrørende medicin:

Medicineringen skal være korrekt og koordineret mellem de relevante aktører, og unødigt polyfarmaci skal undgås. Det kræver udvikling af samarbejdet mellem kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis både i forhold til udveksling af viden om rationel medicinanvendelse, bivirkninger og korrekt medicinadministration.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil udbrede resultaterne fra Ringbo-projektet til de øvrige psykiatriske centre, kommunerne og almen praksis for at kvalitetsudvikle både ordinerings- og administration af medicin samt samarbejdet herom
- Psykiatriens samordningsudvalg vil sætte fokus på behovet for efteruddannelse af de relevante medarbejdere i forhold til observation af eventuelle bivirkninger og en effektiv og korrekt medicinadministration

Særligt udsatte patienter

Der er en gruppe særligt udsatte mennesker med sindslidelser, hvor der er behov for at udvikle samarbejdet mellem kommunerne, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis for at sikre relevant behandling og kommunal indsats.

Det drejer sig om:

- Sindslidende med misbrug
- Sindslidende med kriminalitet/dom til behandling
- Sindslidende, som er svære at fastholde i behandling
- Hjemløse med sindslidelser

Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden:

- Udvikle samarbejdet mellem region, kommuner og eventuelt almen praksis i forhold til behandlingen af mennesker med misbrug og sindslidelse, således at pågældende bliver behandlet for begge lidelser, og at opgavefordelingen er klar
- Sætte fokus på at udvikle PSP-samarbejdet (obligatorisk samarbejde mellem psykiatri – socialforvaltning – politi om mennesker med sindslidelse) med henblik på at reducere kriminalitet og tilbagefald til kriminalitet
- Styrke samarbejdet om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for, at disse i højere grad bliver anvendt i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis for at fastholde mennesker med sindslidelse i behandling

Beskæftigelsesindsatsen

Der har gennem de senere år været en stærk stigning i tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk indikation. Ca. halvdelen af de psykiatriske diagnoser, der ligger til grund for tilkendelse af førtidspension findes indenfor de såkaldt ikke-psykotiske lidelser.

Alment praktiserende læge er ofte den første kontakt i forhold til mennesker med sindslidelser. Et godt og relevant samarbejde mellem pågældendes egen læge og kommunen om opsporing og behandling af mennesker med sindslidelser med henblik på arbejdsfastholdelse er det primære omdrejningspunkt.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden igangsætte drøftelser i de lokale samordningsudvalg af, hvordan mennesker med sindslidelser kan fastholdes i beskæftigelse, eller hvordan etablering af beskæftigelse kan etableres via tidlig indsats

Tidlig opsporing og behandling af mennesker med sindslidelse

Der vil i aftaleperioden blive igangsat et samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis med henblik på at aftale og implementere et samarbejde efter princippet om "shared care" i Region Hovedstaden.

Når en "shared-care" model bliver implementeret i samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis, vil det medføre et løft i behandlingen af mennesker med sindslidelser. Det vil desuden kunne forventes, at almen praksis vil få et tættere samarbejde med kommunerne i forhold til de mennesker med sindslidelse, der som følge af shared care modellen, ikke fremover vil have direkte kontakt til Region Hovedstadens Psykiatri, herunder et samarbejde i forhold til at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil sætte fokus på, at Forebyggelsesportalen bliver udvidet til også at omfatte tilbud til mennesker med sindslidelser

Fælles videndeling og kompetenceudvikling

Såvel kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder kontinuerligt med at udvikle og anvende ny og evidensbaseret viden i arbejdet med mennesker med sindslidelser.

Fælles videndeling og kompetenceudvikling er således et væsentligt omdrejningspunkt i samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden sætte fokus på fælles udviklingsinitiativer, der omsætter og implementerer den nyeste evidensbaserede viden om behandling og socialfaglige metoder til anvendelse i daglig praksis. Psykiatriens samordningsudvalg vil inddrage de lokale samordningsudvalg heri

Fysisk sundhed for psykisk syge

Mange mennesker med alvorlige og langvarige sindslidelser lider også af en række somatiske sygdomme, bl.a. det metaboliske syndrom, diabetes og hjertesygdomme. En del af de fysiske lidelser vil kunne afhjælpes ved øget fysisk aktivitet.

- Psykiatriens samordningsudvalg vil i aftaleperioden igangsætte initiativer for at sikre god sundhedsadfærd og fastholdelse af fysisk aktivitet efter udskrivning/afslutning fra Region Hovedstadens Psykiatri

Elektronisk kommunikation

Psykiatrien adskiller sig ikke væsentligt fra somatikken i forhold til krav om – og behov for – elektronisk kommunikation mellem sundhedsaftalens parter. Der henvises derfor til afsnittet i den generelle sundhedsaftale vedrørende IT-understøttelse af tværsektoriel kommunikation.

6. Særlige målgrupper

6.1 Svangreomsorg

6.1.2 Mål

- *At der inden for aftaleperioden fastlægges en klar arbejdsfordeling mellem fødestedet, almen praksis og fødestedets optagekommuner i forhold til fødsler*
- *At der skabes et tæt samarbejde mellem fødesteder, jordemødre og den kommunale sundhedspleje for at styrke indsatsen rettet mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger*
- Regionen og kommunerne aftaler senest i 2011, hvordan MedCom-standarden vedrørende fødselsanmeldelser skal anvendes til kommunikation mellem hospital og kommune
- Region og kommuner igangsætter i efteråret 2010 et arbejde med udarbejdelse af informationsmateriale til den gravide og hendes partner om regionens og kommunens tilbud

Formål

I Region Hovedstaden har et tværsektorielt og tværfagligt Fødeplanudvalg med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om svangreomsorg fra 2009 udarbejdet et forslag til en fødeplan, der behandles politisk i efteråret 2010. Med de initiativer der foreslås i Fødeplanen, opfyldes Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

I Fødeplanen fremhæves, at der bl.a. som følge af et stigende antal ambulante fødsler er behov for en videreudvikling og konkretisering af det tværsektorielle samarbejde mellem fødested, almen praksis og kommune, så det sikres, at der i alle tilfælde sker den fornødne opfølgning fra jordemoder, sundhedsplejerske og almen praksis.

Inden for aftaleperioden skal der udarbejdes en konkret operationel ramme for arbejdsdelingen mellem fødestedet og fødestedets optagekommuner for alle typer fødsler, herunder hjemmefødsler og ambulante fødsler. Det er afgørende, at IT-kommunikationen videreudvikles således, at alle aktørerne har elektronisk adgang til

relevante oplysninger. Fokus skal rettes både mod implementering af ny MedCom-standard for fødselsanmeldelse og på udvikling af en elektronisk vandrejournal.

Der skal endvidere fokuseres på en yderligere udvikling af et samarbejde mellem fødesteder og den kommunale sundhedspleje for at styrke den faglige synergi generelt og i særlig grad i forhold til fortsat udvikling af den indsats, som rettes mod gravide / barslende kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger.

Monitorering

Der monitoreres på andelen af genindlægelser i barnets første leveuge. Det permanente Fødeplanudvalg og IT-udviklingsgruppen udarbejder i aftaleperioden yderligere forslag til monitoreringsindikatorer i forhold til svangreomsorgen.

6.1.3 Udviklingssamarbejde

Arbejdet med udarbejdelse af udkast til en operationel ramme for opgavefordelingen mellem fødested, almen praksis og kommuner samt opgaven vedrørende udarbejdelse af informationsmateriale henlægges til det permanente Fødeplanudvalg, der i denne sammenhæng vil referere til den administrative styregruppe.

Opgaverne vedrørende elektronisk kommunikation varetages af den permanente IT-Udviklingsgruppe.

6.2 Børn

6.2.1 Mål

- *At der skal udvikles og implementeres en samarbejdsmodel med henblik på en mere koordineret indsats mellem hospital, almen praksis og kommuner i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af børn med særlige sundhedsrelaterede trivselsproblemer*

Formål

Mange børn har livsstilsrelaterede sygdomme såsom luftvejsinfektioner og lungesygdomme som følge af rygning i barnets familie eller følgesygdomme relateret til svær overvægt. En vis andel af disse børn har symptomer med en sværhedsgrad, som kræver behandling, herunder indlæggelse og genindlæggelser, på hospital.

Der er ikke indgået samarbejdsaftaler mellem hospital, almen praksis og kommuner om koordinering af indsatsen med henblik på at koordinere forebyggelses- og behandlingsindsatsen for børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

Med udgangspunkt i en dataanalyse af forekomsten af livsstilsrelaterede sygdomme hos børn vil der i aftaleperioden blive udarbejdet en tværsektoriel samarbejdsmodel mellem hospitaler, almen praksis og kommuner om forebyggelse, behandling og genoptræning af børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

Monitorering

Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i forbindelse med implementeringen af samarbejdsmodellen blive udarbejdet indikatorer med fokus på antallet af børn, der indlægges på hospital med livsstilsrelaterede sygdomme.

6.2.2 Udviklingssamarbejde

Under den administrative styregruppe for sundhedsaftaler nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal forestå dataanalyse og udarbejde forslag til samarbejdsmodel om forebyggelse, behandling og genoptræning af børn med livsstilsrelaterede sygdomme.

6.3 Komplekse udredningsforløb

6.3.1 Mål

- *I forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer skal der udvikles et styrket samarbejde mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering, så der hurtigst muligt kan stilles en diagnose og igangsættes en konkret behandling*

Formål

For mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer vil forløbsprogrammerne inden for få år betyde mere strømlinede udredningsforløb. Der vil imidlertid fortsat være mange borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer, som ikke vil være omfattet af forløbsprogrammerne. Det gælder f.eks. borgere med whiplash (piskesmæld), fibromyalgi og andre svært diagnosticerbare sygdomme.

For disse grupper af borgere gælder, at de ofte gennemgår en langvarig, kompliceret og til tider ukoordineret udredningsproces inden der stilles en diagnose og indledes en behandling. Det øger risikoen for forlængelse af sygedagpengeperioder og for hel eller delvis udstødelse fra arbejdsmarked. Udfordringen er at få praksissektor, hospitaler og kommuner til at spille effektivt sammen også i forhold til disse grupper.

Monitorering

Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet styringsindikatorer med særlig fokus på ventetider i komplekse udredningsforløb.

6.3.2 Udviklingssamarbejde

Der skal i aftaleperioden igangsættes et eller flere projekter med henblik på at styrke samarbejdet mellem hospitalerne, praksissektor og kommunerne om effektiv diagnosticering i forhold til borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer. I projekterne skal erfaringerne fra det landsdækkende tilbage-til- arbejde projekt (TTA) inddrages.

Arbejdet koordineres af den administrative styregruppe for sundhedsaftalen.

Forløbsunderstøttende indsatsområder

7. Planlægning, styring og opfølgning

7.1 Sammenhæng og koordinering af indsatsen

Planlægning og styring af indsatsen mellem de tre aktører i sundhedstrekanten skal sikre en sammenhængende, koordineret og hensigtsmæssig fordeling af opgaverne og kvalitet i de enkelte patientforløb, der går på tværs af sektorgrænser. Planlægningen og styringen skal endvidere sikre, at de samlede ressourcer udnyttes optimalt. Der skal være en klar opgavefordeling, så overdragelse af opgaver, der medfører forandringer i sektorovergangene, sker planlagt.

Monitorering og opfølgning er centralt for at understøtte god dialog og samarbejde om fælles planlægning og styring. Der skelnes mellem driftsmonitorering og opfølgning på udviklingsprojekter.

Den administrative styregruppe følger implementeringen af sundhedsaftalen og følger op på monitoreringsresultater, der afviger fra det aftalte og forventede. Målet er, at monitoreringen omsættes til en handlingsorienteret ledelsesinformation, der umiddelbart kan bruges af hospitaler, kommuner og almen praksis. Det er en ledelsesopgave i de organisationer, hvor afvigelsen fremkommer at gennemføre de nødvendige tiltag for at opnå de aftalte resultater.

Med det øgede fokus på monitorering i sundhedsaftale 2011-2014 etableres en tættere dialog mellem arbejdsgruppen vedrørende økonomi og data, den administrative styregruppe og de øvrige grupper, der løser udviklingsopgaver i forbindelse med sundhedsaftalen.

De enkelte samordningsudvalg følger løbende monitoreringen via ledelsesinformationssystemet og via lokalt igangsatte monitoreringer. Det er i første omgang samordningsudvalgene, der gennem dialogen i udvalget følger op på de resultater, der mangfoldiggøres i ledelsesinformationssystemet. Samordningsudvalget sætter fokus på monitoreringsresultater indenfor eget område og er forpligtede til at følge op på afvigende monitoreringsresultater samt på fremdriften i implementeringen af besluttede tiltag.

7.2 Driftssamarbejde

Monitorering

Aftaleperioden 2011-2014 har fokus på implementering, konsolidering og videreførelse af allerede udviklede tiltag og produkter. Driftsmonitoreringen er central for op-

følgning og overvågning af fremdriften som grundlag for dialogen mellem de tre aktører i sundhedstrekanten.

Sammenhæng og koordinering af indsatsen de tre aktører imellem struktureres i tre niveauer:

1. Planlægning og styring af kapaciteten – på regionalt niveau (den administrative styregruppe)
 - a. Planlægning og styring af opgavefordelingen mellem aktørerne
 - b. Kapacitetsudviklingen på hospitalerne, herunder det ambulante område, og udviklingen i den kommunale varetagelse af fælles sundhedsopgaver.
 - c. Organisatoriske ændringer på hospitalerne er tilgængelige på www.sundhed.dk
2. Planlægning og styring af kapaciteten – på lokalt niveau (samordningsudvalg)
 - a. Aftaler vedrørende indlæggelse og udskrivning.
 - b. Drøftelse mellem hospital, kommuner og praksissektor vedrørende lokale organisatoriske og kapacitetsmæssige ændringer.
 - c. Drøftelse af organisatoriske ændringer, der medfører forandringer i sektorovergange, fx. fødsler, accelererede patientforløb
3. Daglig, patient-/borgernær koordination af kapacitet (driftsenheder)
 - a. Drøftelse mellem hospital, kommuner og praksissektor af planlagte driftsændringer i de enkelte sektorer
 - b. Aftaler i forbindelse med forsøgsordninger og særlige målrettede indsatser
 - c. Oversigtsskema over behandlingssteder er tilgængeligt i matrix på www.sundhed.dk

Monitoreringsværktøjer

Monitorering med henblik på opfølgning og overvågning af implementering og igangsatte driftsområder involverer:

- Datagrundlag, aktivitet og kvalitet
- Indikatorer
- Analyse og audit
- Formidling

Datagrundlag, aktivitet

Al fælles monitorering udføres på basis af eksisterende datakilder. Der anvendes betalingssystemet for kommunal medfinansiering og Landspatientregisteret (LPR). For praksissektoren anvendes ydelsesregister og Dansk Almen Medicinsk Database, som er en godkendt national specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase for almen praksis.

Datagrundlag, kvalitet

Hospitalsvirksomhederne er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel, www.ikas.dk. Kommunerne er indtil videre ikke omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetsmodellen rummer flere standarder, der involverer snitflader mellem hospitaler og

kommune, samt hospitaler og praksisområdet. Hospitalerne vil blive akkrediteret for disse standarder, som er følgende:

- 2.17.1: Aftaler om samarbejde med primærsektor: Der er etableret aftale om overdragelse af patienter mellem institutionen, almen praksis, speciallæger og kommuner
- 2.17.2: Information til praktiserende læge ved udskrivelse af patient: Når patienten udskrives, videregives information i form af epikrise til alment praktiserende læge eller speciallæge
- 2.17.3: Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution: Udskrivelse fra institution og modtagelse af patient i kommunalt regi sker med udgangspunkt i indgåede sundhedsaftaler mellem region og kommune
- 2.17.4: Information ved overflytning mellem enheder og institutioner: Når en patient overflyttes til en anden enhed på samme eller en anden institution, videregives relevant og dækkende information
- 2.15.1: Rehabilitering: Patienters rehabiliteringsbehov vurderes, og ved behov tilbydes en rehabiliteringsindsats

Der er til hver standard knyttet en række indikatorer, som danner grundlag for vurdering af, om et hospital lever op til den pågældende standard. Indikatorerne fastsættes, så de matcher sundhedsaftalen. Den første akkrediteringsrunde for hospitalerne i Region Hovedstaden finder sted i 2012, og resultaterne for akkrediteringen vil blive offentligt tilgængelige.

Samordningsudvalgene er forpligtede til at drøfte resultaterne af monitoreringen af de nævnte standarder og iværksætte de initiativer, som resultaterne giver anledning til.

Når kvalitetsdata for monitoreringen af forløbsprogrammer og genoptræning / rehabilitering foreligger, skal de ligeledes drøftes i samordningsudvalgene.

Ledelsesinformationens målepunkter

Der opstilles målsætninger for hvert indsatsområde med tilhørende målepunkter. I bilaget er gengivet den aftalte matrix for driftsmonitorering af sundhedsaftale 2011-2014. Der måles løbende på de vedtagne målepunkter. Områder under implementering monitoreres med angivne milepæle og tidsintervaller, således at ikke blot indsatsområdet, men også implementeringsprocessen kan monitoreres.

[Link til bilag ”7.1 matrix for driftsmonitorering af sundhedsaftale” indsættes”](#)

Ledelsesinformation: Den eksisterende ledelsesinformation indeholder følgende monitoreringsområder:

- Genoptræningsplaner, specialiserede og almene
- 0-dages indlæggelser
- Genindlæggelser
- Færdigbehandlede patienter på hospitalerne
- Forebyggelige indlæggelser / genindlæggelser fordelt på diagnoser

Ledelsesinformationen indeholder overblik per kommune, per hospital og per samordningsudvalg. Ledelsesinformationen udsendes én gang månedligt af Region Hovedstaden til samtlige kommuner og hospitaler i hovedstadsregionen. Data vedrørende forebyggelige indlæggelser udarbejdes kun kvartalsvis. Data ligger tilgængelig på www.regionh.dk. Monitoreringen kan løbende tilpasses nye behov og fokusområder.

Følgende monitoreringsområder i ledelsesinformationssystemet er under udvikling:

- Elektronisk kommunikation med anvendelse af MedCom-standarder
- Det psykiatriske område

Ledelsesinformationen på disse områder vil blive leveret senest fra 1. januar 2011.

I den administrative styregruppe aftales behovet for og mulighederne for at inddrage yderligere områder under den løbende ledelsesinformation.

Audit

Ved audit udføres en kvalitativ analyse af foreliggende indikatorresultater, og analysen afsluttes med udarbejdelse af faglige anbefalinger til forbedringer for de pågældende områder. Audit kan afholdes ad hoc ved udsving og forandringer indenfor et givet område, eller de kan fastlægges som en tilbagevendende opfølgning på monitorering af et eller flere områder. Da audit er en ressourcekrævende opgave, skal anvendelsen nøje afvejes med den forventede nytteværdi.

Regionsdækkende audit aftales i den administrative styregruppe. Lokale audit aftales i det enkelte samordningsudvalg.

Formidling

Monitoreringsresultaterne formidles på følgende måde:

- Afrapportering ved det somatiske ledelsesinformationssystem tilgår alle ledelsessystemer på det somatiske område i regionen og kommunerne
- Afrapportering ved det psykiatriske ledelsesinformationssystem tilgår ledere i det psykiatriske område i regionen og kommunerne
- Afrapportering ved den elektroniske kommunikation tilgår alle ledelsessystemer i regionen og kommunerne
- Afrapportering fra audits tilgår den administrative styregruppe. Afrapportering tilgår endvidere de relevante ledelsessystemer og samordningsudvalg
- Afvigende resultater drøftes i det enkelte samordningsudvalg. Ledelsesrepræsentanter fra de deltagende organisationer skal håndtere afvigende resultater i egen organisation

7.3 Opfølgning på udviklingsprojekter

Udviklingsindsatser for indeværende aftaleperiode planlægges, styres og prioriteres af den administrative styregruppe, så der skabes sammenhæng med de indsatser, der er i drift. Den administrative styregruppe beslutter prioritering af den samlede udviklings-

indsats, så anvendelsen af udviklingsressourcer optimeres. Den administrative styregruppe udarbejder en årlig status over afsluttede og igangværende udviklingsprojekter.

Udviklingsindsatser underlægges en tydelig projektorganisation med en klar projektledelse og projektbeskrivelse, hvoraf klare mål for indsatsen tydeligt fremgår koblet med kvantificerbare indikatorer. I projektbeskrivelsen skal også være en begrundet procesbeskrivelse med stillingtagen og beskrivelse af en eventuel hørings- og godkendelsesfase. Ved igangsættelse af et udviklingsprojekt skal der i projektbeskrivelse tages til stilling til en foreløbig implementeringsplan. Det skal ligeledes fremgå, hvem der har mandat til at godkende den endelige implementering af et udviklingsprojekt.

Oversigt over permanente udviklingsgrupper

Den administrative styregruppe	
Patientrettet forebyggelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udviklingsgruppernes kommissorier godkendes i den administrative styregruppe ▪ Udviklingsgrupperne udarbejder årlige arbejdsplaner, der godkendes af den administrative styregruppe ▪ Udviklingsgrupperne afrapporterer løbende (kvartalsvis) til den administrative styregruppe efter en fast skabelon ▪ Udviklingsgrupperne har en klynge-repræsentation fra kommunerne, fælles kommunalt/regionalt formandskab og sammensættes med repræsentation for både fag og ledelse ▪ Udviklingsgruppen for økonomi- og data samarbejder med de øvrige udviklings- og arbejdsgrupper om at udarbejde grundlag for monitorering af gruppernes produkter
Hjælpemidler	
Genoptræning	
Patientsikkerhed	
Medicin	
IT og information	
Data om økonomi og aktivitet	

[Link til bilag "0.3 Standardkommissorier for udviklingsgrupper" indsættes](#)

Ad hoc arbejdsgrupper

Den administrative styregruppe kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper. Disse arbejdsgrupper sammensættes og fungerer efter de samme principper som de permanente udviklingsgrupper med hensyn til formandskab, sammensætning m.v. Styregruppen tager stilling til kommissorium, tidshorisont og forankring af den enkelte arbejdsgruppe. Forankringen kan være som undergruppe under en af de permanente udviklingsgrupper eller direkte under den administrative styregruppe.

[Link til bilag "0.2 Standardkommissorier for ad hoc arbejdsgrupper" indsættes](#)

Kobling af udviklingsprojekter til drift

Når den administrative styregruppe har godkendt et produkt fra en udviklings- eller arbejdsgruppe tager styregruppen stilling til forslag til den endelige implementeringsplan. Udviklingstiltag og implementeringsplan forelægges ledelsessystemerne i kommuner og region til endelig godkendelse og iværksættelse.

8. IT, elektronisk kommunikation og teknologi

8.1 Mål

- *Samarbejdet om den elektroniske kommunikation baserer sig på en tydelig og fælles afstemt planlægning og implementering på IT-området i hele sundhedstrekanten*
- *Ved Sundhedsaftalens udløb i 2014 foregår kommunikationen mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner og praksissektoren helt overvejende elektronisk*
- *At der formuleres en tværsektoriel strategi for udnyttelse af mulighederne i telemedicin, hjemmebehandling samt velfærdsteknologi og gennemføres forsøg med anvendelse af nye teknologiske løsninger*
- At sikre, at eksisterende og kommende MedCom-standarder implementeres og anvendes som grundlag for den elektroniske kommunikation i hele sundhedstrekanten
- At konsolidere nuværende aktiviteter – herunder monitorering af fremdrift
- At styrke elektronisk kommunikation i psykiatrien
- At sikre den tværsektorielle implementering af det ”Fælles Medicin Kort” (anvendelsen håndteres særskilt i afsnittet vedrørende Medicin)
- At implementere elektroniske fødselsanmeldelser og vandrejournaler

Formål

Det overordnede formål er at sikre, at kommunikationen i forhold til alle patientgrupper mellem hospital, kommune og almen praksis hurtigst muligt og i videst muligt omfang sker elektronisk baseret på fælles MedCom-standarder. MedCom-standarder er standardiserede elektroniske meddelelser, der udveksles mellem IT-systemer hos alle tre sundhedsaktører. De enkelte meddelelsetyper, der udveksles mellem de forskellige sektorer, er beskrevet i bilag til aftalen. Sundhedsaftalen skal endvidere styrke det telemedicinske område og sikre øget inddragelse af patienterne i forhold til egenomsorg.

[Link til bilag ”8.1 Meddelelsetyper mellem de forskellige sektorer” indsættes.](#)

Region Hovedstaden følger den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet. Nytænkning af informationsudveksling skal ske i en national kontekst. Regionen er i stigende grad afhængig af og forbundet med mange sundhedsaktører. Region Ho-

vedstaden vil forsøge at løfte diskussionen i relevante fora for at bidrage til fælles nationale løsninger.

8.2 Samarbejdsfora

For at sikre kontinuitet, koordinering og vidensflow i arbejdet med elektronisk kommunikation mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, er der nedsat en IT-udviklingsgruppe, som består af kommunale repræsentanter, repræsentanter fra regionen samt repræsentanter fra almen praksis. IT-udviklingsgruppen refererer til den administrative styregruppe og arbejder ud fra en årlig fastlagt arbejdsplan.

[Link til bilag "0.3 Standardkommissorium for udviklingsgrupper" indsættes.](#)

IT-udviklingsgruppen sikrer overblik over og koordinere IT-understøttelsen af det tværsektorielle område. Hvert år i løbet af september og oktober formulerer IT-udviklingsgruppen ønsker til nyinvesteringer, ændringer og projekter på IT-området i det næstkommende budgetår, dvs. ønsker der skal fremmes i 2012 skal formuleres i 2010 af hensyn til budgetlægningen. IT-udviklingsgruppens forslag til prioriterede IT-initiativer under Sundhedsaftalen behandles i den administrative styregruppe i januar. Styregruppens anbefalinger videregives til kommuner og region, med henblik på at de kan indgå i parternes budgetarbejde.

Der skal i Sundhedsaftalen 2011 – 2014 ske en stærkere og mere direkte kobling mellem IT-udviklingen og samordningsudvalgene. De enkelte samordningsudvalg planlægger implementeringsprocesserne for optageområdet med inddragelse af hospitalernes IT-chef/implementeringsansvarlige samt den kommunale klyngeformand på IT-området.

8.3 Driftssamarbejde

Den elektroniske kommunikation baseres på MedCom-standarder. Der indgås aftaler for, hvornår en meddelelse senest skal afsendes, og hvilke typer af informationer den som minimum skal indeholde. Korrespondancemeddelelsen, der kan sendes mellem alle tre parter som klinisk e-mail udelukkende til fritekst, kræver en særlig aftale, der beskriver, hvad meddelelsen må indeholde, hvornår der senest skal gives svar tilbage og hvilke retningslinjer der i øvrigt gælder for anvendelsen. Forslag til sådan aftale er under udarbejdelse.

Erfaringen fra første generation Sundhedsaftale viser, at der skal skelnes skarpt mellem teknisk og organisatorisk implementering. Den tekniske implementering betyder, at IT-systemer i de relevante sektorer kan afsende og modtage meddelelser i forhold til kravspecifikationer. Den organisatoriske implementering omfatter, at nødvendige ændringer i samarbejdsstrukturer og arbejdsgange gennemføres og forankres i de involverede organisationer. Der er et stort og fortsat arbejde med at involvere alle parter i, hvad der skal kommunikeres om, og hvornår informationer er relevante (tidstro og retvisende).

Der udarbejdes som minimum årlige implementeringsplaner for hvert samordningsudvalg for såvel den tekniske som den organisatoriske udrulning af IT-anvendelsen, der bl.a. indeholder datoer for implementeringsstart og driftsstart på de forskellige projekter i hospitaler, kommuner og almen praksis samt de indbyrdes afhængigheder. Planerne præciseres i samarbejde mellem kommuner og hospital/region under samordningsstrukturen decentralt med bistand fra det regionale implementeringsteam for tværsektoriel elektronisk kommunikation.

Håndtering af afvigelser i forbindelse med implementeringsplaner

Årsagen til afvigelser kan være af teknisk eller systemteknisk karakter, eller kan skyldes afventning af nationale initiativer og beslutninger.

De afvigelser, der forårsages af manglende beslutninger, udeblivende lokale initiativer eller uklarheder i samarbejdsstrukturer, tydeliggøres overfor den administrative styregruppe via kvartalsvise afrapporteringer, hvad enten de opstår på hospitalssiden, i kommunerne eller i almen praksis. De enkelte samordningsudvalg indmelder en kvartalsstatus på baggrund af et fælles afrapporteringsskema, så det er muligt at følge fremdriften for de enkelte optageområder og øge fokus på de hospitaler, kommuner eller praksis, der afviger fra overordnede implementeringsplaner. Den kvartalsvise afrapportering sammenholdes med de kvantitative data, der løbende indsamles og monitoreres på meddelelsesniveau. Statusrapporterne tilgår den administrative styregruppe med henblik på at afhjælpe organisatoriske og tekniske problemer samt sikre fortsat fremdrift.

Akut opståede barrierer af væsentlig betydning for fremdriften af den fælles aftalte implementering meddeles de berørte samarbejdspartnerne og den administrative styregruppe.

Håndtering af IT teknisk nedbrud

Den omfattende udvidelse af elektroniske kommunikation mellem sektorer medfører større sårbarhed som følge af eventuelle IT teknisk nedbrud. Nedbrud kan forekomme som planlagte nedbrud og utilsigtede nedbrud. Der skal i aftaleperioden i tværsektorielt regi, udarbejdes en politik for og håndtering af, planlagte og akutte nedbrud i regionsregi, forsendelsessystemet (VANS) og i kommuneregii.

Monitorering af meddelelsetyper mellem de forskellige sektorer

- Der monitoreres allerede på fire af de elektroniske meddelelsetyper (tidstro registrering af kommune-advis, rettidig afsendelse af elektronisk genoptræningsplan, elektroniske henvisninger samt rettidig afsendelse af epikriser). I 2011 opsættes krav til målopfyldelse for de øvrige meddelelsetyper
- Det forventes, at alle tre sektorer identificerer relevante og målbare indikatorer, der kan monitoreres på
- Monitoreringen af de elektroniske meddelelser behandles af de lokale ledelser på hospitaler, i kommuner og i praksis, som har ansvaret for at iværksætte hensigts-

mæssige tiltag for at styrke den elektroniske kommunikation. De lokale ledelser tager stilling til håndtering af afvigelser fra de fastsatte måltal

- Når det afklares, hvor de elektroniske meddelelser ikke anvendes, kan indsatsen målrettes og håndtere lokale problemstillinger i samarbejde med personale og ledelse under hensyntagen til vante arbejdsgange. Der kan være behov for at tilpasse og ændre arbejdsgange, tilpasse opsætningen i systemet eller undervise personale i brugen af meddelelser

8.4 Udviklingssamarbejde

Konsolidering, udbredelse og ibrugtagning af eksisterende teknik og meddelelestyper

I denne aftaleperiode fokuseres på konsolidering, udbredelse og ibrugtagning af allerede eksisterende teknik og meddelelestyper. Der er tale om en radikal omlægning af arbejdsprocesser for hele sundhedssamarbejdet. Det er både tidskrævende og vanskeligt at få systemerne, meddelelserne og arbejdsgangene til at virke.

Forsendelsesmåde

Udviklingen er, at der bliver et stadigt stigende behov for at dele og videregive informationer på tværs af hospitaler (region til region) og mellem hospitaler, kommuner og alment og specialiserede privat praktiserende læger samt for at kunne justere indholdet i meddelelestyperne (fx på baggrund af nye retningslinjer fra de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsfagligt Råd m.v.). I denne aftaleperiode ønsker kommuner og region at arbejde for en national nytænkning af den nuværende *forsendelsesmåde*, som med sine mange 'postkasser' ofte er en kompleks og langvarig proces, der giver anledning til store problemer.

Velfærdsteknologi

Der vil i aftaleperioden blive et voksende behov for at fokusere på teknologiske løsninger, der kan bidrage til at udvikle servicen på en række velfærdsområder. Teknologier giver løbende nye muligheder for det tværsektorielle samarbejde og opgavedeling mellem hospitaler, kommuner og de praktiserende læger. Velfærdsteknologien vil give patienterne nye og bedre muligheder for at tage kvalificeret del i deres egen behandling. Borgernær velfærdsteknologi herunder bl.a. telemedicinske initiativer, vil kunne understøtte en effektiv og omkostningsbevidst opgaveløsning. Indførelse af ny teknologi vil på mange måder betyde et opgør med traditionelle behandlingsmetoder samt den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. En mere udbredt anvendelse vil kræve erhvervelse af nye kompetencer. Udviklingen på området vil følge den regionale strategi for telemedicin. Velfærdsteknologi er et nyt og bredt indsatsområde. Der er behov for at målrette og koordinere området med inddragelse af relevante parter.

9. Hygiejne

9.1 Mål

- *Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne*
- *Der indgås senest i 2012 samarbejdsaftaler på hygiejneområdet mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen*
- *Der nedsættes i 2011 en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal udarbejde forslag til kompetenceudviklingsprogrammer, målrettet nøglepersoner i de kommunale hygiejneorganisationer*
- *Der skal i løbet af aftaleperioden ske en harmonisering af de ydelser som regionens MRSA-videncentre tilbyder kommunerne i relation til bekæmpelse af MRSA¹*

Formål

Der er i kommunernes egne organisationer et stigende behov for rådgivning om multi-resistente mikroorganismer, infektionshygiejnisk rådgivning og rådgivning om konkret håndtering af borgere/patienter, der skal isoleres på grund af smittefare.

Som følge heraf rettes et stort antal henvendelser til hygiejneorganisationerne i de klinisk mikrobiologiske afdelinger på regionens hospitaler. Henvendelserne kommer ofte direkte fra kommunale dag- eller døgntilbud og er dermed ikke koordineret i den enkelte kommune. En særskilt udfordring er at få skabt et samlet overblik over behovet for konkret rådgivning og generel kompetenceudvikling i de enkelte kommuner.

Der er på nuværende tidspunkt ikke indgået formaliserede aftaler mellem kommunerne og regionen inden for hygiejneområdet. Der foreligger derfor ingen aftale om rådgivningens indhold og omfang eller finansieringen heraf.

Der er således et væsentligt behov for at få formaliseret samarbejdet mellem regionen og den enkelte kommune både i forhold til konkret infektionshygiejnisk rådgivning og i forhold til generel kompetenceudvikling på hygiejneområdet.

Formaliseringen af samarbejdet omkring en rådgivningsfunktion kan ske på forskellig vis. En model kan være, at kommunerne i de enkelte klynger sammen finansierer aflønning af en hygiejnesygeplejerske, som organisatorisk tilknyttes den klinisk mikrobiologiske afdeling. En anden model kan være aftale om honorering per ydelse kombineret med et fast grundbidrag.

¹ Methicillin Resistente Staphylococcus aureus

Udover konkret rådgivning om håndtering af specifikke hygiejnerelaterede problemstillinger, er der i mange kommuner et ønske om opkvalificering af personale i dag- og døgntilbud samt i plejesektoren i forhold til generel viden om hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme. Der vil aftaleperioden blive udarbejdet forslag til kompetenceudviklingsprogrammer, der er målrettet kommunale nøglemedarbejdere inden for hygiejneområdet.

I forhold til MRSA ydes rådgivning til kommunerne fra regionens MRSA-videncenter, som er beliggende på Hvidovre Hospital. Tilbuddet er imidlertid ikke ensartet over for kommunerne i regionen, idet centeret har udgående funktioner til nogle kommuner men kun telefonisk rådgivning til andre kommuner. Fremadrettet er det afgørende, at alle kommuner tilbydes service på samme niveau.

[Link til Videncenterets hjemmeside indsættes](#)

Monitorering

Hygiejneområdet er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udarbejdet styringsindikatorer for området.

9.2 Udviklings samarbejde

Under den regionale Komite for Infektionskontrol og Hygiejne nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til samarbejdsmodeller om rådgivning og kompetenceudvikling på hygiejneområdet. Arbejdsgruppen skal herunder udarbejde forslag til kursusprogram målrettet kommunale nøglepersoner på hygiejneområdet.

Arbejdsgruppens forslag skal godkendes af den administrative styregruppe.

[Link til bilag ”0.2 Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper” indsættes](#)

Arbejdet vedrørende harmonisering af regionens tilbud i forhold til MRSA er forankret i Komiteen for Infektionskontrol og Hygiejne. Komiteens forslag fremlægges til drøftelse i den administrative styregruppe

10. Opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed ved sektorovergange

Aftalen er med forbehold for kravene i den kommende bekendtgørelse om kommunernes opfølgning på utilsigtede hændelser.

10.1 Mål

- *Der skal i aftaleperioden etableres en ramme for samarbejdet om håndtering af utilsigtede hændelser ved sektorovergange*
- *At sikre, at denne ramme implementeres i alle tre sektorer med henblik på at forbedre patientsikkerheden i sektorovergange gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser*
- *At sikre, at regionens erfaringer fra arbejdet med utilsigtede hændelser anvendes som grundlag for en fælles kompetenceudvikling i alle sektorer*

Formål

I sundhedsloven (Lov nr. 913 af den 13. juli 2010) forpligtes sundhedspersoner i kommuner, praksissektor, apoteker og det præhospitale område til at rapportere utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Rapporteringerne skal danne baggrund for identificering af risici og kvalitetsbrist med henblik på at forbedre patientsikkerheden og øge kvaliteten af patientforløb. I sundhedsaftalen skal aftales håndtering af den rapportering, der vedrører fejl og utilsigtede hændelser ved sektorovergange.

Sundhedsaftalen skal beskrive:

- Arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til modtagelse og analyse af utilsigtede hændelser, som er relateret til sektorovergange, og som er rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD)
- Hvordan parterne sikrer en koordineret læring af tværsektorielle utilsigtede hændelser herunder opfølgning på de resultater, som måtte opstå på baggrund af analysearbejdet
- Hvordan parterne sikrer, at der sker en koordineret erfaringsopsamling og formidling af viden mellem sygehus, praksissektoren og kommunen samt øvrige relevante aktører, herunder apotekssektoren og det præhospitale område

Parterne er enige om, at der i arbejdet med patientsikkerhed anlægges et lærende systemperspektiv, hvor fejl og utilsigtede hændelser ses som resultater af menneskers arbejde i komplekse systemer, og der fokuseres på at skabe videndeling og læring mel-

lem aktørerne i de forskellige dele af systemet med henblik på at forebygge utilsigtede hændelser. I løbet af aftaleperioden skal der aftales rammer for, hvordan dette læringspotentiale kan udmøntes, herunder aftales de økonomiske og organisatoriske rammer. I sundhedsaftalen fastlægges hvem der har ansvaret for at analysere og følge op på utilsigtede hændelser.

10.2 Samarbejdsfora

Med reference til den administrative styregruppe for sundhedsaftaler nedsættes en udviklingsgruppe vedrørende opfølgning på utilsigtede hændelser i sektorovergangene.

Udviklingsgruppens sammensætning og arbejdsopgaver defineres, når sundhedsstyrelsens vejledning for områder foreligger.

[Link til bilag "0.3 Standardkommissorier for udviklingsgrupper" indsættes.](#)

10.3 Driftssamarbejde

Rapportering og analyse af tværsektorielle utilsigtede hændelser

Rapportering af tværsektorielle hændelser

Sundhedspersoners rapportering af utilsigtede hændelser er fastsat i sundhedsloven, herunder at rapporteringen sker til regionen henholdsvis kommunen. Rapporteringen af hændelser sker i DPSD (www.DPSD.dk), som stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen. Parterne anvender Sundhedsstyrelsens vejledning på området til at definere og sagsbehandle utilsigtede hændelser, der forekommer i det tværsektorielle samarbejde.

Sagsbehandling af tværsektorielle hændelser

Der etableres et enstrengt system for sagsbehandling af tværsektorielle hændelser. Den regionale enhed for patientsikkerhed varetager sagsbehandlingen af tværsektorielle utilsigtede hændelser på vegne af regionens virksomheder. Den enkelte kommune definerer én indgang til kommunen i forbindelse med sagsbehandling af tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Den indledende sagsbehandling af tværsektorielle utilsigtede hændelser foretages af den part, hvor hændelsen er konstateret og rapporteret til DPSD. Utilsigtede hændelser, der ikke har relation til sektorskiftet, betragtes ikke som tværsektorielle hændelser og behandles i den sektor, hvor hændelsen er forekommet.

Dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser)

Den gensidige advisering om tværsektorielle utilsigtede hændelser foretages mellem den regionale enhed for patientsikkerhed og den pågældende kommunes kontaktperson. Der træffes i fællesskab beslutning om indstilling til ledelsessystemet om iværksættelse af en tværsektoriel dybdegående analyse (kerneårsagsanalyse). Ledelsessystemet i den pågældende kommune og den relevante ledelse på hospitalet træffer i enighed beslutning om at analysere en tværsektoriel hændelse. Hvis der ikke kan opnås enighed herom, skal baggrunden herfor dokumenteres.

Ved beslutning om at gennemføre en dybdegående analyse af en tværsektoriel hændelse forpligter de involverede parter sig til at afsætte de nødvendige ressourcer til gennemførelse af analysen, herunder at begge ledelsessystemer er repræsenterede i analyseteamet på tilstrækkeligt højt niveau. Når den dybdegående analyse er gennemført, godkendes konklusioner og de opstillede handlingsplaner af den kommunale ledelse og den relevante ledelse i regionen. På baggrund af de afdækkede kerneårsager udmønter den lokale ledelse herefter læringspotentialer i egen organisation gennem konkret forandring af procedurer og arbejdsgange, samt kommunikation, handlingsanvisning, opfølgning og evaluering.

Regionen vil i sin vurdering af behovet for at gennemføre dybdegående analyser score hændelserne. Hændelser vil blive drøftet mellem kommune og region med henblik på iværksættelse af en dybdegående analyse. Hændelser, der ikke kvalificerer sig til en dybdegående analyse, kan eventuelt analyseres enkeltvis eller indgå i aggregerede analyser.

[Link til bilag ”10.1 Håndtering af tværsektorielle utilsigtede hændelser” indsættes.](#)

Læring og videndeling

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre, at viden formidles til aktører i egen organisation og til andre aktører, det være sig hospitaler, ydere i praksissektoren og kommuner. Samordningsudvalgene er de centrale fora til information og videndeling om tværsektorielle utilsigtede hændelser. Samordningsudvalget forelægges på hvert møde de tværgående dybdegående analyser, der er gennemført i optageområdet siden sidste møde, til orientering og drøftelse. Endvidere kan andre relevante hændelser og analyser præsenteres og drøftes.

En gang årligt forelægges samordningsudvalgene en oversigt over alle tværgående dybdegående analyser i hele regionen til orientering og drøftelse. Tværsektorielle analyser, der vedrører praksissektoren, forelægges de relevante samarbejdsudvalg en gang årligt. Det regionale kvalitetsråd forelægges alle tværgående dybdegående analyser mellem hospitaler, praksissektor og kommuner.

Monitorering

Utilsigtede hændelser er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer med særligt fokus på antal rapporterede og antal dybdegående analyser (kerneårsagsanalyser) om utilsigtede hændelser inden for fald, medicin og sektorovergange.

10.4 Udviklings samarbejde

I løbet af aftaleperioden foretages en evaluering af opfølgningen på utilsigtede tværsektorielle hændelser, herunder af:

- Organisering og ansvarsfordeling
- Videndeling og kompetenceudvikling

11. Medicinering

11.1 Mål

- *At der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
- *At understøtte implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK)*
- At sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift
- At forebygge utilsigtede hændelser (UTH) og unødvendige genindlæggelser som følge af medicineringsfejl
- At alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i behandling, udveksler og har let adgang til tidstro opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle receptpligtige medicinering

Formål

Indsatsområdet vedrørende medicinhandling er nyt som selvstændigt område i sundhedsaftalen.

For at sikre kontinuerlig og korrekt medicinering af borgeren ved sektorskift er den overordnede målsætning, at informationen følger patienten ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos alment praktiserende læge, speciallæge og lægevagten, samt ambulante behandling på ambulatorier og skadestue. Det skal sikres, at de gældende regler om kommunikation, koordination og kontinuitet i medicinhandling ved sektorovergange fra sundhedsaftale 2008-2010 videreføres og anvendelsen konsolideres indtil det Fælles Medicin Kort er implementeret i hele sundhedstrekanten.

Det fremtidige, fælles elektroniske medie er Det Fælles Medicinkort (FMK), som i begrænset udgave udrulles på hospitalerne og i almen praksis fra 2011. Senere hen bliver Det Fælles Medicinkort (FMK) tilgængeligt for sundhedspersonale i kommunerne.

Medicinhandling har snitflader til andre områder i sundhedsaftalen. Det gælder især områderne vedrørende indlæggelse og udskrivinger samt utilsigtede hændelser. Der vil her alene blive beskrevet de konkrete ansvarsområder og opgaver, der vedrører medicinhandling i forhold til snitfladerne.

Aftalen gælder for alle borgere med behov for receptpligtig medicin ved sektorovergange.

11.2 Samarbejdsfora

Tværasektoriel arbejdsgruppe vedrørende medicinhandling

For at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen i forbindelse med medicinering ved sektorovergange nedsættes en tværasektoriel arbejdsgruppe vedrørende medicinering. Arbejdsgruppen skal fremme kontinuerlig og korrekt medicinering af borgere ved sektorskift samt fremme forebyggelse af utilsigtede hændelser og unødvendige genindlæggelser, som følge af medicineringsfejl. Arbejdsgruppen nedsættes under den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler.

I arbejdsgruppen deltager repræsentanter fra hospitaler, kommuner, almen praksis, apoteker og repræsentanter fra regionsadministrationen. Der vil pågå en tæt kommunikation og koordination med det tværasektorielle udvalg under den Regionale Lægemiddelkomite, It-udviklingsgruppen samt udviklingsgruppen vedrørende utilsigtede hændelser.

Arbejdsgruppens fokus vil være:

- Medicinhandling
- Sammenhængende medicinforløb ved sektorovergange
- Understøtte implementering og anvendelse af Det Fælles Medicinkort (FMK)

[Link til bilag "0.2 Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper" indsættes.](#)

11.3 Driftssamarbejde

Medicinhandling ved sektorovergange

Medicininformationen skal følge patienten ved indlæggelse, udskrivning og behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge, samt ved ambulante behandling på ambulatorier og skadestue. Derved sikres, at patienten får de korrekte lægemidler og at utilsigtede hændelser ved medicinering i forbindelse med sektorovergange forebygges.

De gældende regler om kommunikation, koordination og kontinuitet i medicinhandling ved sektorovergange fra sundhedsaftale 2008-2010 videreføres indtil det Fælles Medicin Kort er implementeret i hele sundhedstrekanten. Aftalen er udmøntet i bilaget: om medicinhandling ved sektorovergange: Kommunikation, koordination og kontinuitet.

[Der indsættes links til følgende bilag:](#)

["11.1 Medicinhandling ved sektorovergange: Kommunikation, koordination og kontinuitet"](#)

["11.2 Medicinvejledning nr. 5 "Dosisdispensering – handling ved indlæggelse og udskrivning."](#)

I Sundhedsaftalen 2011 – 2014 igangsættes udvikling af aftaler mellem hospitaler, kommuner og almen praktiserende læger om parternes indsats for at sikre bedst mulig kommunikation, koordination og kontinuitet i patientens medicinering ved sektorovergange. I dette arbejde inddrages erfaringerne med anvendelse af de 6 tværsektorielle medicinvejledninger på hospitalerne. Disse medicinvejledninger lægger vægt på hospitalernes indsats i det tværsektorielle samarbejde om at sikre kontinuitet i patientens medicinering ved overgange mellem sektorer, særligt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Ansvars- og arbejdsfordeling i forbindelse med dosisdispensering er et særligt fokusområde i medicinvejledningerne.

Det Fælles Medicinkort (FMK)

Det Fælles Medicinkort (FMK) er et nationalt projekt iværksat af Lægemiddelstyrelsen. Den fælles medicinkortløsning skal indeholde alle gældende ordinationer af lægemidler og skal på afstemt vis kunne tilgås fra hospitaler, almen praksis og kommunerne.

Projektets formål er, at understøtte regeringens, KL's og Danske Regioners erklærede mål på medicinområdet om, at patienter altid skal modtage rigtig og dermed sikker lægemiddelbehandling i det danske sundhedsvæsen.

Region Hovedstaden er forpligtigede til at sikre udvikling og ibrugtagning af fælles medicin kort i Region Hovedstaden. Den nationale fremdrift i udviklingen vurderes primo 2011.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe skal følge udviklingen og indgå i udviklingen af den tværsektorielle anvendelse af FMK.

Monitorering

Der monitoreres på nuværende tidspunkt kun på medicineringssikkerheden på hospitalerne.

Monitoreringen foretages af følgende indikatorer:

- Om der er foretaget medicinafstemning ved indlæggelsen
- Om der er foretaget medicinafstemning ved udskrivelse eller overflytning
- Om fanebladet "Medicin ved udskrivelsen" er udfyldt
- Om epikrisen indeholder oversigt over den medicin, patienten blev udskrevet med (kun frem til FMK er implementeret)

Der bør udvikles indikatorer til brug for monitorering af medicineringshåndtering i almen praksis og i kommunerne.

11.4 Udviklingsopgaver

Der er aftalt følgende udviklingsopgaver i aftaleperioden:

- Forslag til en samarbejdsmodel mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og apoteker, der tydeliggør organisering og ansvarsfordelinger mellem parterne, med fokus på rettidig og korrekt kommunikation mellem parterne.
- Forslag til retningslinjer og tidsplan for implementering af det Fælles Medicin Kort
- Forslag til en fælles tværsektoriel vejledning for lægers udfyldning af recepter

Særlige indsatsområder

12. Ulighed i sundhed

12.1 Mål

- *At den sociale ulighed i adgang til og brug af forløbsprogrammer skal begrænses mest muligt*
- *At der med udgangspunkt i analyse af Sundhedsprofil 2010 udvikles metoder, der kan understøtte sårbare gruppers adgang til og brug af forebyggelses- og behandlingstilbud*
- *At der i aftaleperioden søges iværksat tværsektorielle forskningsaktiviteter med henblik på opnåelse af viden, der kan anvendes til at mindske den sociale ulighed i sundhed*

Formål

Sundhedsprofil 2008 viser en markant ulighed i sundhed i hovedstadsregionen.

Der er ønske om, at denne ulighed reduceres. For at det skal kunne lykkes, er det nødvendigt at både forebyggelsesindsats samt udredning, behandling, pleje og genoptræning tilrettelægges således, at sociale og kulturelle forskelle ikke får betydning for anvendelsen.

Der skal således skabes lighed i adgangen til og brugen af de sundheds- og serviceydelser, der leveres af såvel region som kommune. Tilbud om sundheds- og serviceydelser skal ske med udgangspunkt i den enkelte borgers/patients individuelle ressourcer.

En særlig udfordring er at få udviklet og implementeret forebyggelsestiltag, der benyttes og fører til sundere livsstil hos sårbare grupper med sundhedsrelateret risikoadfærd.

Der skal etableres et tættere samarbejde med forsknings- og vidensinstitutioner på området.

Monitorering

Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet indikatorer for området med særlig fokus på inklusion af socialt sårbare borgere i forløbsprogrammerne.

Endvidere skal der ske monitorering af social lighed i brug af forløbsprogrammer og afdækning af behov for målrettede tilbud til grupper, der ikke tilstrækkeligt profiterer af de brede tilbud.

13. Forskning

13.1 Mål

- *At der i aftaleperioden fokuseres på evaluering og forskning vedrørende organisering af sundhedsindsatser, adgang til og/eller brug af forløbsprogrammer, også for sårbare grupper, samt effekt af forebyggelses- behandlings- og gentræningstilbud*
- *At der senest per 1. januar 2012 er udviklet og implementeret en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forskningsinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsaftalens område*

Formål

I følge sundhedslovens § 194 er regionen forpligtiget til at sikre forsknings- og udviklingsarbejde inden for alle sundhedslovens områder og kommunerne er forpligtigede til at medvirke hertil.

Kommunerne igangsætter i disse år nye initiativer til løsning af de nye opgaver på sundhedsområdet, og der etableres nye samarbejdsformer mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Disse initiativer skal evalueres og formidles således, at der skabes basis for systematisk videndeling, kompetenceudvikling og dermed for udvikling af ”best practice” (bedst tilgængelig viden).

Der er derfor behov for at styrke forskningssamarbejdet mellem hospitaler, forsknings- og vidensinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for den fælles virksomhed på sundhedsområdet.

Der skal i aftaleperioden udvikles og implementeres en ramme for organisering og finansiering af forsknings- og evalueringssamarbejdet mellem hospitaler, forsknings- og vidensinstitutioner, praksissektoren og kommunerne inden for sundhedsområdet.

Monitorering

Det er nyt indsatsområde i sundhedsaftalen. Der vil i aftaleperioden blive udviklet styringsindikatorer for området.

13.2 Organisering af udviklingsopgaverne

Der nedsættes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med reference til den administrative styregruppe, som senest medio 2011 skal have udarbejdet et forslag til or-

ganisering og finansiering på forskningsområdet med henblik på implementering per 1. januar 2012.

[Link til bilag "0.2 Standardkommissorium for ad hoc arbejdsgrupper" indsættes.](#)