

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018

Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart

Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer

Farvekode: Lighed i sundhed

Farvekode: Sammenhæng og kvalitet

Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.

Indsats nr.	afsnit	Emne	Indsatsbeskrivelse	Opstart
2015				
1	2.1	Borgeren som aktiv	Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.	2015
2	2.1	Borgeren som aktiv	Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.	2015
3+4	2.2	Borgeren som aktiv	Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb	2015
5	3.1	Nye sam	Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.	2015
9	4.1.2	Kronisk sygdom /DÆMP	For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.	2015
11	4.2.2.	Nye sam/psyk	For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner, når disse foreligger.	2015
13	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	For at styrke datadrevne kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.	2015
16	5.1.2	Kommunikation	Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.	2015
17	5.1.2	Medicin	For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejds gange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.	2015
18	5.1.3	Patientsikkerhed	Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.	2015
19	5.1.3	Patientsikkerhed	Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.	2015
21	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås. (red. forløbsprogrammer for KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme, lænderyg-lidelser, kræftrehabilitering og palliation, erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børnsamt og evt. psykiske lidelser)	2015
22	5.1.4	Kronisk sygdom /DÆMP	Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen. (red. data der kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelse).	2015
27	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.	2015
29	5.1.6	Kronisk sygdom /DÆMP	Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)	2015
30	5.1.7	Øvrige	Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.	2015

32	5.2.1	Forebyggelse + rehab.	Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler	2015
42	5.2.6	Misbrug	Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	2015
50	5.2.10	Forebyggelse + rehab /børn	For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.	2015
51	5.3.1	Kommunikation	Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse	2015
52 + 15	5.3.1	Kommunikation	52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk 15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet	2015
54+ 36a+ 39	5.3.1	Psyk	54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift. 36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatriske Center. 39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri 47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)	2015
58	5.3.3.1	Kronisk sygdom /DÆMP	For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	2015
61	5.3.4	Kommunikation	Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren	2015
62	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	2015
63	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	2015
68	5.4.2	Forebyggelse + rehab	For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	2015
69	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.	2015
72	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab.	Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.	2015
73	5.4.4.4	Forebyggelse + rehab	Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.	2015
			2016	
6	3.1	Nye sam	Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren	2016
7	4.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)	2016
8	4.1.1	Børn	For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	2016
10	4.2.1	Svangre	For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.	2016

14	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.	2016
20	5.1.3	Patientsikkerhed	Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.	2016
23	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.	2016
24	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.	2016
26	5.1.5	Medicin	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.	2016
28	5.1.5	Rådgivning	Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.	2016
31	5.1.8	Forskning	For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdspartner i eget forløb.	2016
33	5.2.1	Forebyggelse + rehab	Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)	2016
41	5.2.6	Misbrug	Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.	2016
43	5.2.7	Børn	Synlige eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	2016
44	5.2.7	Børn	Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.	2016
45	5.2.8	Psyk	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	2016
48	5.2.9	Psyk	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	2016
53	5.3.1	Kommunikation	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	2016
55	5.3.2	Kronisk sygdom /DÆMP	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	2016
56	5.3.2.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	2016
57	5.3.2.2	Svangre	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	2016
59	5.3.4	Medicin	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	2016
60	5.3.4	Medicin	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	2016
64	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.	2016

65	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.	2016
66	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.	2016
67	5.4.1	Forebyggelse + rehab	For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.	2016
70	5.4.3	Forebyggelse + rehab.	Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).	2016
74	5.4.5	Forebyggelse + rehab.	Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.	2016
			2017/ 2018	
12	4.2.3	Udsatte borgere	For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.	2017/ 2018
25	5.1.5	Rådgivning	Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. hygiejne ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.	2017/ 2018
34	5.2.2	Svangre	Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.	2017/ 2018
35	5.2.2	Svangre	Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen. (2016)	2017/ 2018
36	5.2.3	Børn	Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger	2017/ 2018
37	5.2.4	Børn	Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.	2017/ 2018
40	5.2.5	Børn	Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom	2017/ 2018
46	5.2.8	Psyk	Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentre om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.	2017/ 2018
49	5.2.9		Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.	2017/ 2018
71	5.4.3	Forebyggelse + rehab	Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.	2017/ 2018