

## IDÉ- OG UDVIKLINGSKATALOG FOR DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN



Sundhedskoordinationsudvalget  
November 2011

## **IDÉ- OG UDVIKLINGSKATALOG FOR DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN**

### **Indholdsfortegnelse**

<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>INDLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>SAMMENFATNING AF ANBEFALINGER OG IDÉER</b>	<b>7</b>
<b>B. IDÉER I IDÉ- OG INSPIRATIONSKATALOGET</b>	<b>10</b>
<b>STRUKTUR/LÆSEVEJLEDNING</b>	<b>11</b>
<b>KAPITEL 1: CENTRALE TEMAER FOR SAMARBEJDET – UDFORDRINGER OG POTENTIALE FOR FÆLLES OMSTILLING</b>	<b>12</b>
<b>KAPITEL 2: NYE IDÉER</b>	<b>20</b>
<b>DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT</b>	<b>20</b>
<b>IDÉ 1: AUDIT PÅ INDSKRIVNINGS- OG UDSKRIVNINGSFORLØB FOR ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER</b>	<b>21</b>
<b>IDÉ 2: ETABLERING AF DELESTILLINGER, ROTATIONSSTILLINGER, FØLGESTILLINGER MV.</b>	<b>21</b>
<b>IDÉ 3: UDVIKLING AF SCREENINGSREDSKAB – VÆRKTØJ TIL IDENTIFIKATION AF SYGDOMSTEGN</b>	<b>22</b>
<b>BEHANDLING OG SAMARBEJDE I EGET HJEM</b>	<b>24</b>
<b>IDÉ 4: IV-BEHANDLING I EGET HJEM</b>	<b>24</b>
<b>PSYKIATRI</b>	<b>25</b>
<b>IDÉ 5: TIDLIG OPSPORING AF PSYKISK SYGE MISBRUGERE</b>	<b>25</b>
<b>IDÉ 6: 'BØRNEPSYKIATRISK VIDENSTEAM' – ØGET RÅDGIVNING OG SAMARBEJDE OM BØRN MED MULIGE PSYKIATRISKE PROBLEMSTILLINGER</b>	<b>26</b>

<b>EGENOMSORG/MESTRING OG TEKNOLOGI</b>	<b>27</b>
<b>IDÉ 7: EGENOMSORG/MESTRING FOR KOL-PATIENTER (KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM)</b>	<b>27</b>
<b>IDÉ 8: TVÆRSEKTORIELT DATAPROJEKT</b>	<b>28</b>
<b>KAPITEL 3: "BOBLERE" OG IGANGVÆRENDE/KOMMENDE TILTAG</b>	<b>30</b>
<b>BOBLERE</b>	<b>30</b>
<b>IGANGVÆRENDE OG KOMMENDE TILTAG</b>	<b>32</b>

## Forord

Sundhedsvæsenet er under omstilling. Udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen er på dagsordenen, og der efterspørges flere og bedre sundhedstilbud tæt på borgeren.

Meget relevant behandling og pleje foregår allerede i dag lokalt, men vi skal forsat udvikle og nytænke, så vi finder frem til de bedst mulige løsninger for vores patienter og borgere i Region Midtjylland.

Denne udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen har stor prioritet hos Region Midtjyllands Sundhedskoordinationsudvalg (SKU). Siden efteråret 2010 har vi sat fokus herpå, og bl.a. indhentet viden fra vores skandinaviske kolleger i alle sektorer, for at opnå mere og ny viden om gode, økonomiske og effektive løsninger i 'det nære'.

Den 1. juni 2011 inviterede vi en række dygtige og kompetente mennesker, både fagfolk og ledelsesrepræsentanter til en arbejdsdag om udviklingen og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen. Det blev til en dag med kreativitet, udfordring og provokation i løsningsforslagene – og flere gode og innovative løsninger blev skabt. Nogle af disse løsninger, vil du kunne læse i dette idé- og udviklingskatalog.

Men ud over nye og innovative idéer er det vigtigt, at vi ikke glemmer de mange andre gode tværsektorielle tiltag, der sker rundt omkring i regionen. Derfor skal dette katalog endvidere bidrage til at give et overblik og kaste lys på de mange gode tværsektorielle tiltag, der allerede sker, så vi kan lade os inspirere på tværs af regionen til at afprøve nye løsninger.

Nye frø er nu lagt i jorden til at spire og vokse sig store, til gavn for patienter og borgere i Region Midtjylland.

Med venlig hilsen

Anders Kühnau, Formand SKU  
Hans-Jørgen Hørning, Næstformand SKU

## Indledning

Det samlede sundhedsvæsen er under konstant forandring og udvikling. Nye behandlingsformer, ny teknologi, accelererede patientforløb og medicinske gennembrud giver nye muligheder og perspektiver. Flere sygdomme opdages tidligere og kan behandles, flere patienter overlever, og flere patienter vender med effektiv genoptræning og rehabilitering tilbage til deres normale liv. Samtidig vil en del af den behandling, som i dag kræver indlæggelse, fremadrettet kunne ske ambulantly eller i patientens eget hjem.

Den demografiske udvikling påvirker sundhedsvæsenet og i de kommende år stiger antallet af borgere med kroniske sygdomme. Efterspørgslen efter regionale og kommunale sundhedsydelser vokser, og det sker indenfor en snæver økonomisk udviklingsramme.

Kommunerne har fået en væsentlig rolle i sundhedsvæsenet eksempelvis i forbindelse med rehabilitering og borgerrettet forebyggelse. Herudover varetager kommunerne essentielle omsorgs- og plejeopgaver. Mange patienter har derfor kontakt til både almen praksis, de regionale hospitaler og de kommunale sundheds- og omsorgsydelser.

Samtidigt udvikler hospitalsvæsenet sig i retning af færre, men mere specialiserede hospitaler med det formål at højne effektiviteten og kvaliteten af patientbehandlingen.

Udviklingen ændrer kravene til det samlede sundhedsvæsen – særligt det nære sundhedsvæsen. Det stiller store krav til rettidig omstilling, og stiller krav til et integreret sundhedsvæsen med sammenhæng i alle sundhedsydelser. I takt med den øgede specialisering på hospitalerne er det en voksende udfordring at sikre, at de almene sundhedsopgaver håndteres i det nære sundhedsvæsen. Ud fra et økonomisk og kvalitetsmæssigt perspektiv, skal opgaverne løses der, hvor det giver bedst mening. Der er derfor behov for i fællesskab at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen, som netop aftalt i Sundhedsaftalen 2011-2014.

Sundhedskoordinationsudvalget har med afsæt i Sundhedsaftalen 2011-2014 igangsat en udviklingsproces. Dette idé- og udviklingskatalog er et led i processen frem mod et mere integreret, koordineret og samarbejdende sundhedsvæsen i 'det nære'.

Sundhedskoordinationsudvalgets har i sit arbejdsgrundlag for processen udpeget følgende fokusområder for arbejdet med at styrke og udvikle det nære sundhedsvæsen: Den ældre medicinske patient, behandling i eget hjem, psykiatri og teknologi.

## Formål med idé- og udviklingskataloget

Idé- og udviklingskataloget skal bidrage til den tværsektorielle udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Kataloget bidrager med viden og overblik over eksisterende tværsektorielle tiltag. Kataloget omfatter endvidere otte idéer. Nogle af idéerne er allerede godt gennembearbejdede og klar til implementering. Andre kræver en uddybende projektbearbejdning og projektbeskrivelse, hvilket eksempelvis kan foregå i klyngeregii.

Kataloget har også et strategisk sigte. Kataloget identificerer en række overordnede temaer, hvor der særligt er behov for fælles omstilling og udvikling med henblik på at styrke det nære sundhedsvæsen. Det drejer sig om følgende temaer: lighed i sundhed, patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing, behandling og samarbejde i eget hjem, teknologi/telemedicin, tværsektorielle data og kommunikation, kompetenceudvikling, egenomsorg/mestring samt hurtige og effektive sagsge og helhedsorienterede patientforløb. Endvidere sætter kataloget fokus på præmisser for samarbejdet: Roller og arbejdsdeling samt økonomi.

Under hvert tema/præmis skitseres kort udfordringer og potentialer, ligesom der under hvert tema peges på en række anbefalinger, der kan bidrage til en fælles udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

### **Afgrænsning af begrebet 'det nære sundhedsvæsen'**

Det nære sundhedsvæsen defineres bredt – som sundhedstilbud tæt på borgerne. Det drejer sig om alle kommunale sundhedsopgaver samt opgaver indenfor praksissektoren. Hospitalernes opgaver i det nære sundhedsvæsen er dels lokale ambulante hospitalstilbud for borgere med en vis afstand til akuthospital (akutklinikker, sundhedshuse), dels hospitalsbehandling, som foregår udenfor hospitalet eksempelvis i borgerens eget hjem. Endvidere har hospitalerne en væsentlig rolle i at understøtte det primære sundhedsvæsen med henblik på at sikre den bedst mulige ressourceudnyttelse af det samlede sundhedsvæsen eksempelvis via let adgang til viden og rådgivning

Kerneopgaverne i det nære sundhedsvæsen er bl.a. borgerens egenomsorg, rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af sygdomme, håndtering af en lang række behandlinger samt opgaver indenfor pleje og omsorg.

### **Idé- og udviklingskatalogets tilblivelse**

Idé- og udviklingskataloget er det første konkrete resultat af den udviklingsproces, som Sundhedskoordinationsudvalget har igangsat med henblik på at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen. Katalogets tilblivelse bygger på bidrag fra en række aktører herunder klynger, temagrupper og Sundhedsstyregruppe. Et helt centralt bidrag kommer fra den arbejdsdag, som Sundhedskoordinationsudvalget afholdt den 1. juni 2011, hvor en række centrale aktører fra alle sektorer var samlet med henblik på at bidrage med nye idéer og innovation for udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. I processen har Sundhedskoordinationsudvalget endvidere haft en meget konstruktiv dialog med kommunale sundheds- og socialudvalgsformænd samt formænd og næstformænd for de regionale rådgivende udvalg.

Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg har fungeret som styregruppe for processen herunder udarbejdelsen af kataloget.

## **Sammenfatning af anbefalinger og idéer**

Kataloget sætter fokus på en række essentielle temaer for samarbejdet i det nære sundhedsvæsen. Under hvert tema bliver der peget på en række anbefalinger, der bidrager til en fælles udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Anbefalingerne er sammenfattet nedenfor. Endvidere vil dette afsnit give en kort sammenfatning af de nye idéer, der præsenteres senere i kataloget.

### **a. Centrale temaer for samarbejdet – udfordringer og potentiale for fælles omstilling**

#### **Ulighed i sundhed**

- At hospitaler, kommuner og praktiserende læger målrettet samarbejder på at realisere sundhedsaftalens vision om at øge den sociale lighed i sundhed. Dette sker ved, at social lighed bliver et betydeligt opmærksomhedspunkt i udviklingen af sundhedsaftaler og øvrige tiltag

#### **Patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing**

- At parterne udarbejder klare aftaler om forebyggelsesindsatser på tværs af sektorer, hvor ansvars- og opgavefordelingen er entydig
- At hospital, kommuner og almen praksis målrettet samarbejder om fælles evidens og dokumentation for indsatserne
- At man konsekvent tør skalere indsatser med evidensbaseret effekt
- At hospital, kommuner og almen praksis samarbejder om løsninger der mindsker behovet for indlæggelser og reducerer antallet af genindlæggelser

#### **Behandling og samarbejde i eget hjem**

- At parterne træffer de nødvendige strategiske beslutninger med henblik på udnyttelse af allerede igangsatte initiativers storskala potentiale
- At hospitaler, kommuner og praktiserende læger i højere grad tør afprøve initiativer om behandling og samarbejde i eget hjem, som også grundlæggende bryder med den traditionelle arbejdsdeling mellem sektorerne

#### **Teknologi/telemedicin**

- At sektorerne i højere grad satser på tværsektorielle telemedicinske løsninger, og at alle sektorer indtænkes i projektudviklingen
- At videndeling og erfaringsopsamling udbygges på tværs af sektorer
- At parterne i højere grad tør satse på en generel udbredelse af telemedicinske løsninger, og at der i projektudviklingen er et markant større fokus på potentialet for storskala drift

### **Tværasektoriel data og kommunikation**

- At parterne i sundhedsaftaleregiet fortsat arbejder på at implementere og udvikle tiltag, der sikrer, at den rette elektroniske information er til stede på det rette tidspunkt og på det rette sted (MedCom-standarder)
- At parterne på tværs af sektorerne arbejder aktivt og operationelt med den populationsorienterede tilgang
- At de 19 kommuner opnår en ensartet registreringspraksis

### **Kompetenceudvikling**

- At parterne konsekvent indtænker tværasektoriel kompetenceløft og videndeling i opgaveudviklingen

### **Egenomsorg/mestring**

- At kommuner, hospitaler og praktiserende læger aktivt og målrettet samarbejder om at understøtte borgernes/patienternes evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom
- At nye tiltag tager afsæt i allerede indvundne erfaringer og evidens, og at der i højere grad opbygges mere veldokumenteret viden om indhold og effekt af indsatserne for at styrke egenomsorgen/mestringen
- At indsatsen koordineres, så sektorerne arbejder efter samme fælles koncept, for herved at opnå sammenhæng i egenomsorgsindsatsen
- At sundhedsprofessionelle uddannes i at styrke patienters egenomsorg/mestring, så det bliver en integreret del af behandlingen, plejen og omsorgen. Uddannelsen kan med fordel ske ved eksempelvis 'Fælles Skolebænk' (Fælles undervisning med deltagelse fra kommune, region og almen praksis)

### **Hurtige og effektive sagsgange og helhedsorienterede patientforløb**

- At kommuner, hospitaler og praktiserende læger udvikler og optimerer forløb og sagsgange, så borgeren oplever en helhedsorienteret indsats på rette tid og på rette sted
- At der i forhold til den enkelte patient arbejdes efter fælles målsætninger på tværs af fag og sektorer
- At der igangsættes forsøg med en kommunal sagskoordinator



## **Præmisser for samarbejdet:**

### **Roller og arbejdsdeling**

- At praksissektoren i højere grad inddrages i et forpligtende samarbejde i sundhedsaftalen
- At hospitaler, praktiserende læger og kommuner målrettet arbejder på at implementere sundhedsaftalen på alle niveauer
- At praktiserende læger, kommuner og hospitaler har modet til at omstille og opgaveudvikle – også selvom opgaveudviklingen bryder med de traditionelle rammer for opgavefordeling
- At der i højere grad igangsættes nyskabende og innovative udviklingsprojekter mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner med fokus på nytænkning af indsatser og roller – og at der samtidigt i projektudviklingen tages højde for potentialet for storskala drift
- At parterne fokuserer på evidens og en mere systematisk erfaringsopsamling og videndeling om sundhedsaftalens implementering og øvrige tværsektorielle tiltag
- At alle kommuner, praktiserende læger og hospitaler i opgaveudviklingen arbejder efter samme metodik og derved tager højde for potentialet for storskala drift

### **Økonomi**

- At parterne i omstilling og nyudvikling fastholder et fokus på de samfundsmæssige gevinster, med henblik på at opnå mere sundhed for pengene til gavn for borgerne
- At parterne fastholder Sundhedsaftalens vision om, at anlægge en samfundsmæssig betragtning frem for en sektorøkonomisk

## **b. Idéer i idé- og inspirationskataloget**

Idé 1: Audit på indskrivnings- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter

Idé 2: Etablering af delestillinger, rotationsstillinger, følgestillinger mv.

Idé 3: Udvikling af screeningsredskab – værktøj til identifikation af sygdomstegn

Idé 4: IV-behandling i eget hjem

Idé 5: Tidlig opsporing af psykisk syge misbrugere

Idé 6: 'Børnepsykiatrisk Vidensteam' – øget rådgivning og samarbejde om børn med mulige psykiatriske problemstillinger

Idé 7: Egenomsorg for KOL-patienter (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

Idé 8: Tværsektorielt dataprojekt

## **Struktur/læsevejledning**

Idé- og udviklingskataloget er opbygget i tre dele.

Første del rammesætter de udfordringer og potentialer der er ved omstillingen i sundhedsvæsenet. Denne rammesætning sker ud fra en række temaer; Ulighed i sundhed, patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing, behandling og samarbejde i eget hjem, teknologi/telemedicin, tværsektoriel data og kommunikation, kompetenceudvikling, egenomsorg/mestring samt hurtige og effektive sags gange og helhedsorienterede patientforløb. Endvidere er der to grundpræmisser for samarbejdet; samarbejde og arbejdsdeling samt økonomi.

Anden del af kataloget beskriver de nye tværsektorielle idéer til tiltag for udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Endelig kortlægger sidste og tredje del igangværende tværsektorielle tiltag der sker i Region Midtjylland, samt de 'boblere' til nye ideer, som fremkom på arbejdsdagen den 1. juni 2011, og som ikke er uddybet i dette katalog.

## **Kapitel 1: Centrale temaer for samarbejdet – udfordringer og potentiale for fælles omstilling**

Udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen kræver omstilling fra alle sektorer. Omstillingen skal gå i takt og være velkoordineret.

Nærværende kapitel rammesætter en række temaer, som er centrale for den fælles udvikling af samarbejdet i det nære sundhedsvæsen. Målet med dette kapitel er at sætte fokus på en række af de essentielle temaer for samarbejdet i det nære sundhedsvæsen. Det drejer sig om: Ulighed i sundhed, patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing, behandling og samarbejde i eget hjem, teknologi/telemedicin, tværsektoriel data og kommunikation, kompetenceudvikling, egenomsorg/mestring samt hurtige og effektive sags gange og helhedsorienterede patientforløb. Endvidere beskrives to grundpræmisser for samarbejdet; samarbejde og arbejdsdeling samt økonomi.

Under hvert tema/præmis skitseres kort udfordringer og potentialer. Under hvert tema/præmis peges der endvidere på en række anbefalinger, der kan bidrage til en fælles udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Målet med kapitlet er at skabe et grundlag for de videre strategiske overvejelser og beslutninger.

### **Ulighed i Sundhed**

Trods relativ stor økonomisk lighed og et relativt lige og let tilgængeligt sundhedsvæsen er der voksende ulighed i sundhed.

Ulighed i sundhed kan forstås som sammenhængen mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Uligheden indebærer bl.a., at de fleste af de store folkesygdomme forekommer oftere hos personer med kortere uddannelser og som regel er konsekvenserne i form af dødelighed, nedsat funktions- og arbejdsevne alvorligere. Dertil kommer, at borgere med en lav social position ofte har en længere og tungere vej gennem sundhedsvæsenet og ikke altid får samme udbytte af behandlingen og de forbyggende indsatser, som borgere med høj social position.

Region Midtjyllands sundhedsprofil (Hvordan har du det? 2010) viser meget tydeligt sammenhæng mellem sundhed og social position. Profilen viser eksempelvis, at kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selv vurderet helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede.

I forbindelse med omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen er det væsentligt, at der arbejdes målrettet på at reducere ulighed i sundhed. Årsagerne til ulighed i sundhed er flere og bekæmpelsen af ulighed i sundhed vil kræve, at der tænkes i flere forskellige indsatser og strategier.

I sundhedsaftalen er det en fælles vision for, at der skal ske en øget social lighed i sundhed. Sundhedsydelse skal rettes mod den enkelte patient/borger og den enkelte målgruppes behov samt at sundhedsydelse er tilgængelige uanset patientens/borgernes forudsætninger.

Omstillingen skal ske ved:

- At hospitaler, kommuner og praktiserende læger målrettet samarbejder på at realisere sundhedsaftalens vision om at øge den sociale lighed i sundhed. Dette sker ved, at social lighed bliver et betydeligt opmærksomhedspunkt i udviklingen af sundhedsaftaler og øvrige tiltag

### **Patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing**

Der skelnes mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse, hvor den patientrettede forebyggelse har til formål at forhindre fx sygdomme, og hvor den borgerrettede forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.

Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Regionen og kommunene har sammen ansvaret for den patientrettede forebyggelse.

Den patientrettede indsats har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Dette forudsætter, at den enkelte patients kompetencer, viden og færdigheder til at tage vare på eget helbred samt udøve god egenomsorg og understøttes fx gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning.

Forebyggelse og tidlig opsporing rummer mange aspekter. Et aspekt er at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Data fra Region Midtjylland viser, at ca. 16.000 indlæggelser årligt kan forebygges<sup>1</sup>. Der er derfor et betydeligt økonomisk og kvalitetsmæssigt potentiale i, at gøre en forebyggende indsats.

I forlængelse heraf og for at opnå det fulde potentiale i forebyggelse og tidlig opsporing, er det nødvendigt at dette sker stringent på tværs af sektorer, så ingen patienter 'tabes' i sektorovergangene. Ved en grundig og konsistent tidlig opsporing med brug af fx gennemarbejdede screeningsværktøjer til relevante patientgrupper, kan det åbne op for et ekstra forebyggelsespotentiale. Samtidig er det vigtigt, at der er sammenhæng i den forebyggelse, der sker i de forskellige sektorer, hvilket kan kræve et kompetenceløft for visse faggrupper samt en klar ansvars- og opgavefordeling.

Omstilling sker ved:

- At parterne udarbejder klare aftaler om forebyggelsesindsatser på tværs af sektorer, hvor ansvars- og opgavefordelingen er entydig
- At hospital, kommuner og almen praksis målrettet samarbejder om fælles evidens og dokumentation for indsatserne
- At man konsekvent tør skalere indsatser med evidensbaseret effekt
- At hospital, kommuner og almen praksis samarbejder om løsninger der mindsker behovet for indlæggelser og reducerer antallet af genindlæggelser

### **Behandling og samarbejde i eget hjem**

Ud fra et patient-, økonomisk- og et samfundsmæssigt perspektiv, er en række fordele ved at udbygge mulighederne for behandling af patienter i eget hjem. Hospitalsindlæggelse skal finde sted, når det er sundhedsfagligt nødvendigt. Men indlæggelse på hospitalet har en række uhensigtsmæssige bivirkninger som følge af det miljøskifte, som patienten oplever. Der er behov for at ændre den traditionelle forståelse af, hvornår syge mennesker bliver indlagt på hospitalet. Erfaringer fra både udlandet og fra Danmark viser, at borgere kan komme sig godt i

---

<sup>1</sup> Data fra e-Sundhed – diagnosegrupper: Astma/bronkitis, blodmangel, blærebetændelse, brud, dehydrering, forstoppelse, gigt, hjerneblødning, hjertesvigt, lungebetændelse, mave-tarm betændelse

eget hjem, hvis de samtidig får den rette behandling og pleje. Dette gælder både for børn og unge, og særligt for ældre og mennesker med en kronisk sygdom.

Behandlingen i eget hjem kan bl.a. foregå som avanceret behandling via udgående teams fra hospitalet, men det kan også ske ved, at praktiserende læge eller kommunen varetager en behandlings- og/eller pleje/omsorgsopgave i hjemmet. Ofte vil det ske i et samarbejde mellem alle sektorer.

En udvidelse af behandling og samarbejde i eget hjem vil grundlæggende påvirke både de kommunale og regionale strukturer. For kommunerne kan det genere behov for øget kompetenceudvikling og ændre den traditionelle opgavevaretagelse. For hospitalerne vil det også betyde en ændret opgavevaretagelse, da hospitalerne eksempelvis på en helt anden måde end i dag skal stille ekspertise og specialistviden til rådighed for praktiserende læge eller kommunen.

Med mange aktører og nye organisationsformer er det helt centralt, at der er en tydelig ansvars- og opgaveplacering. Hospitaler, praktiserende læger og kommune skal afveje og aftale, hvordan parternes ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt afhængigt af opgavernes indhold og kompleksitet.

Behandling i borgerens eget hjem stiller endvidere store krav til respekten for borgerens ønsker, arbejdsmiljøet for sundhedspersonalet og til arbejdstilrettelæggelse og koordination.

I Region Midtjylland er der erfaringer med behandling i eget hjem. Særligt på det psykiatriske område er der gennem et stykke tid arbejdet målrettet på at udvide behandlingen i eget hjem eksempelvis ved brug af videokonference med patienten. I udbygningen af behandling i eget hjem er det essentielt, at der tages udgangspunkt i eksisterende erfaringer og videndeling på området. Samtidigt skal der sættes tværsektorielt, hvor både hospital, kommune og praktiserende læger er involveret i udviklingsarbejdet fra starten. Der er en tendens til, at løsninger opbygges om to parter i stedet for tre, og derved kan gode resultater gå tabt.

Omstilling sker ved:

- At parterne træffer de nødvendige strategiske beslutninger med henblik på at drage nytte af igangsatte initiativers storskala potentiale
- At hospitaler, kommuner og praktiserende læger i højere grad tør afprøve initiativer om behandling i eget hjem, som også grundlæggende bryder med den traditionelle arbejdsdeling mellem sektorerne

### **Teknologi/telemedicin**

Den teknologiske udvikling åbner op for en række muligheder og vil på mange måder kunne understøtte udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det gælder for mange af de velfærdsteknologiske løsninger, herunder telemedicinske løsninger. Telemedicin defineres som 'digitalt understøttet sundhedsfaglig ydelse over afstand'. Det handler dels om telemedicinske løsninger mellem patient og sundhedsfagligt personale, dels om telemedicinske løsninger mellem forskellige sundhedsfaglige aktører – også på tværs af sektorer.

Der er allerede gode erfaringer med en række telemedicinske initiativer. Videokonference, billedudveksling og hjemmemonitorering er områder med et særligt potentiale og er også under afprøvning i en række projekter. Men i forhold til det tværsektorielle samarbejde er der fortsat 'uopdaget land'.

Der vil være udfordringer i forhold til dataudveksling mellem sektorerne, som skal overkommes. Men samtidigt tilbyder nogle af de telemedicinske løsninger et væsentligt potentiale for det tværsektorielle samarbejde – fx øger det muligheden for let adgang til rådgivning og sparring af sundhedspersonale på tværs af sektorer, eller mulighederne for at understøtte patientens egenomsorg.

Omstilling sker ved:

- At sektorerne i højere grad satser på tværsektorielle telemedicinske løsninger, og at alle sektorer indtænkes i projektudviklingen
- At videndeling og erfaringsopsamling udbygges på tværs af sektorer
- At parterne i højere grad tør satse på en generel udbredelse af telemedicinske løsninger, og at der i projektudviklingen er et markant større fokus på potentialet for storskala drift

### **Tværsektorielle data og kommunikation**

Registrering og udveksling af data samt elektronisk kommunikation på tværs af sektorer er væsentlige forudsætninger for, at sundhedsvæsenet som en helhed kan understøtte det sammenhængende behandlingsforløb. Der er i det senere år arbejdet målrettet på at forbedre den elektroniske kommunikation på tværs af sektorer. I Sundhedsaftalen er der således aftalt en fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler. Det har stor betydning, at kommuner, almen praksis og hospitaler lever op til ansvaret om at implementere sundhedsaftalen.

Der er dog fortsat teknologiske, organisatoriske og juridiske udfordringer. Sundhedsdata registreres i mange forskellige systemer, og der er i dag registreret data, som kan være relevant for patientforløbet, men som ikke udveksles. En udvidelse af behandling og samarbejde i eget hjem nødvendiggør, at der findes fælles løsninger til datasamarbejdet på tværs af sektorer. Det skal i langt højere grad sikres, at alle parter får adgang til relevant data, uanset om det er registreret af praktiserende læge, hospital, kommune eller af patienten selv, og at oplysningerne samles i "patientoverblik".

Samtidigt er der store perspektiver i den populationsorienterede tilgang på tværs af praksissektor, hospitaler og kommuner. Den populationsorienterede tilgang er baseret på, at relevant data fra alle sektorer samles og stilles til rådighed for alle sektorer. De fælles data giver dels et overblik over den enkelte patients behandling dels en population for et givent område fx en kommune. Denne tilgang vil styrke samarbejdet på tværs af sektorer og samtidigt give mulighed for en mere proaktiv tilgang overfor patienter eller områder, hvor der eksempelvis identificeres over- eller underbehandlede patienter. Endvidere kan kvaliteten og effekten af behandlingen i den enkelte sektor og i det samlede forløb dokumenteres. Dette vil understøtte kvalitetsudviklingen, mens det samtidigt kan øge tilliden mellem sektorerne.

En væsentlig udfordring i forhold til den populationsorienterede tilgang er at få en ensartet registreringspraksis for alle kommuner i regionen. Samtidigt kan lovgivningen blokere for udveksling af patientdata på tværs af sektorer.

Der er fortsat store gevinster at hente ved, at der på tværs af sektorerne arbejdes mere målrettet og fokuseret på at udvikle teknologiske og organisatoriske løsninger, der sikrer en effektiv elektronisk kommunikation og dataudveksling.

Omstilling sker ved:

- At parterne i sundhedsaftaleregi fortsat arbejder på at implementere og udvikle tiltag, der sikrer, at den rette elektroniske information er til stede på det rette tidspunkt og på det rette sted (MedCom-standarder)
- At parterne på tværs af sektorerne arbejdes aktivt og operationelt med den populationsorienterede tilgang
- At man på tværs af de 19 kommuner opnår en ensartet registreringspraksis

### **Kompetenceudvikling**

Kompetenceløft og videndeling ved fælles læring er en vigtig kerne og en nødvendighed i udviklingen og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen. Ved omstilling af sundhedsvæsenet er det altafgørende, at kompetenceudviklingen indtænkes i opgaveudviklingen, da det ofte er en forudsætning for at den nødvendige omstilling kan lykkes. Kompetenceudviklingen skal ske såvel i primær- og sekundær sektor, såvel som for praksispersonale.

Kompetenceløft og videndeling er et godt redskab i sig selv til at sikre bedst mulige overgange og sammenhænge for borgerne, men er samtidigt med til at de forskellige sundhedsaktører på tværs af sektorer får større kendskab til hinanden.

Metoder for kompetenceløft kan være flere. Det kan fx foregå via 'Fælles Skolebænk' for sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, for derved at sikre såvel den faglige indsats, som at skabe basis for de bedst mulige sammenhænge i indsatsen for borgerne.

Kompetenceløftet kan også ske i såkaldte 'udviklingsrum', hvor primær-, sekundær- og praksissektoren i samarbejde kan udvikle og afprøve bl.a. nye telemedicinske løsninger. Udviklingsrummene kan endvidere anvendes til, at der kompetenceudvikles med henblik på at flere opgaver kan varetages sikkert i borgerens eget hjem. Opgaver som hospitalet før løste, men nu skal løse af fx kommunen.

Endelig kan der ske kompetenceløft og videndeling ved at fx hospitalernes sundhedspersonale tager ud i kommunerne og rådgiver om forskellige opgaver og opgaveløsninger. Samtidig opnås en gensidig vidensudveksling, som gavner i begge sektorer.

Omstillingen sker ved:

- At parterne konsekvent indtænker fælles tværsektoriel kompetenceløft og videndeling i opgaveudviklingen

### **Egenomsorg/mestring**

Næsten en tredjedel af alle danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme, og tallet er stigende. Et væsentligt potentiale i behandlingen og omsorgen for kroniske patienter er en styrkelse af egenomsorgen/mestringen af eget liv. Den enkelte patients viden og kompetencer er i samarbejde med pårørende og sundhedsvæsenet en central ressource i at fremme sundheden i eget liv. Egenomsorgen/mestringen handler om at inddrage patienter i behandlingen og få dem til at tage et medansvar for deres sundhed og sygdom. Patienten skal lære at drage god omsorg for eget helbred, forstå behandlingen, få det bedste ud af egne ressourcer, og dermed få redskaber til at håndtere et liv med kronisk sygdom. En styrket egenomsorg/mestring skal medvirke til at tilbagefald og genindlæggelser måske forhindres, og patienten opnår en bedre livskvalitet. Et andet væsentligt begreb indenfor egenomsorg/mestring er 'patient empowerment'.

Egenomsorgen/mestring vokser ikke af sig selv. Det er derfor essentielt, at sektorerne i et samarbejde formår at understøtte patienternes potentiale for at tage vare på egen sundhed og



sygdom. Det samlede sundhedsvæsen spiller derfor en central rolle i forhold til at skabe de rammer og samarbejdsrelationer med patienten, som gør det muligt for den enkelte patient at få handle hensigtsmæssigt i relation til egen sundhed og sygdom. Der er allerede igangsat en række initiativer. Nyttige erfaringer skal derfor udbredes og danne grundlag for kommende initiativer.

Patientuddannelse er et væsentligt element i at styrke egenomsorgen/mestringen. I det tværsektorielle projekt *Læring og Mestring*<sup>2</sup> er der påvist gode resultater med en patientuddannelse, hvor undervisningen varetages af erfarne patienter og sundhedsprofessionelle med en særlig sundhedspædagogisk uddannelse. En væsentlig forudsætning for succes er, at sundhedspersonalet uddannes i at styrke patientens egenomsorg/mestring.

På det psykiatriske område arbejdes der med initiativer indenfor psykoeducation, der understøtter patientens mulighed for selv at agere i forhold til sin egen sygdom.

Men også eksempelvis telemedicinske løsninger kan udvide patienternes muligheder for at kontrollere og påvirke egen sygdom. I den sammenhæng er der behov for et mere tværsektorielt fokus, så alle relevante parter integreres i løsningen, og alle aktører arbejder ud fra samme koncept.

'Ulighed i sundhed' er et væsentligt opmærksomhedspunkt i indsatsen for at styrke egenomsorgen/mestringen. I tilrettelæggelsen af indsatsen er det nødvendigt at tage hensyn til de patienter, som af forskellige årsager ikke har samme muligheder og evner til at mestre egenomsorgen.

Omstilling skal ske ved:

- At kommuner, hospitaler og praktiserende læger aktivt og målrettet samarbejder om at understøtte borgernes/patienternes evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom
- At nye tiltag tager afsæt i allerede indvundne erfaringer og evidens, og at der i højere grad opbygges mere veldokumenteret viden om indhold og effekt af indsatserne for at styrke egenomsorgen/mestringen
- At indsatsen koordineres, så sektorerne arbejder efter samme fælles koncept, for herved at opnå sammenhæng i egenomsorgsindsatsen
- At sundhedsprofessionelle uddannes i at styrke patienters egenomsorg/mestring, så det bliver en integreret del af behandlingen, plejen og omsorgen. Uddannelsen kan med fordel ske ved eksempelvis 'Fælles Skolebænk'

### **Hurtige og effektive sags gange og helhedsorienterede patientforløb.**

Særligt i forbindelse med længerevarende sygdomsforløb og kroniske sygdomme er der behov for et øget fokus på at skabe hurtige og effektive sags gange og helhedsorienterede patientforløb. Et typisk forløb for en patient med et længerevarende sygdoms- og behandlingsforløb vil betyde, at patienten er i kontakt med mange aktører fx én til flere specialiserede hospitalsafdelinger, egen læge, kommunalt genoptrænings- og rehabiliteringsindsats samt kommunal arbejdsmarkedsindsats. Forløbet er tværfagligt og tværsektorielt og fordrer, at sektorerne varetager indsatserne koordineret og parallelt – i samme tempo. Eksempelvis kan der være tilfælde, hvor rehabiliteringsforløbet skal

---

<sup>2</sup> Læring og Mestring, Patientuddannelse på deltagernes præmisser – kvalitativ evaluering 2011

igangsættes, mens patienten fortsat er i behandling. Samtidigt skal patienten have hjælp til at kunne fastholde sit arbejde etc. Effektive sagsgange og patientforløb skal også medvirke til at reducere 'spild'. Det handler eksempelvis om at undgå dobbeltarbejde, at ventetid i én sektor betyder at en anden indsats forsinkes unødigt og at nogle behandlingsforløb er lange.

Omstilling skal ske ved:

- At kommuner, hospitaler og praktiserende læger udvikler og optimerer forløb og sagsgange, så borgeren oplever en helhedsorienteret indsats på rette tid og på rette sted
- At der i forhold til den enkelte patient arbejdes efter fælles målsætninger på tværs af fag og sektorer
- At der igangsættes forsøg med en kommunal sagskoordinator

### **Præmisser for samarbejdet:**

#### **Roller og arbejdsdeling**

Udviklingen af sundhedsvæsenet stiller øgede krav til et effektivt samarbejde og arbejdsdeling sektorernes imellem. Der er et vedvarende behov for opgaveudvikling, som sikrer en mere effektiv opgavevaretagelse. Ud fra et samfundsmæssigt synspunkt skal der leveres mere sundhed for pengene.

Sundhedsaftalerne giver et godt fundament for det videre arbejde. Sundhedsaftalen er et dynamisk værktøj, som løbende udvikles. Kommuner og region skal leve op til det ansvar man påtager sig i sundhedsaftalerne og derved sikrer, at der på alle niveauer arbejdes forpligtende med at implementere sundhedsaftalen.

Anbefalinger:

- At praksissektoren i højere grad inddrages i et forpligtende samarbejde
- At hospitaler, praktiserende læger og kommuner målrettet arbejder på at implementere sundhedsaftalen på alle niveauer
- At praktiserende læger, kommuner og hospitaler har modet til at omstille og opgaveudvikle – også selvom opgaveudviklingen bryder med de traditionelle rammer for opgavefordeling
- At der i højere grad igangsættes nyskabende og innovative udviklingsprojekter mellem hospitaler, praktiserende læger og kommuner med fokus på nytænkning af indsatser og roller – og at der samtidigt i projektudviklingen tages højde for potentialet for storskala drift
- At parterne fokuserer på evidens og en mere systematisk erfaringsopsamling og videndeling om sundhedsaftalens implementering og øvrige tværsektorielle tiltag
- At alle kommuner, praktiserende læger og hospitaler i opgaveudviklingen arbejder efter samme metodik og derved tager højde for potentialet for storskala drift

## **Økonomi**

De økonomiske rammer er et centralt tema i forbindelse med udviklingen og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen.

Rammerne er bl.a.:

- at efterspørgslen efter regionale og kommunale sundhedsydelser vokser betydeligt, og dette sker indenfor en snæver økonomisk udviklingsramme
- at de tre sektorer har forskellige styringssystemer

Netop de økonomiske udfordringer er en væsentlig parameter for behovet for udvikling og nytænkning. Samtidigt kan de økonomiske strukturer i visse tilfælde være barrierer for omstilling og nyudvikling.

Anbefalinger:

- At parterne i omstilling og nyudvikling fastholder et fokus på de samfundsmæssige gevinster, med henblik på at opnå mere sundhed for pengene til gavn for borgerne
- At parterne fastholder Sundhedsaftalens vision om, at anlægge en samfundsmæssig betragtning frem for en sektorøkonomisk

## KAPITEL 2: NYE IDÉER

Med udgangspunkt i den proces Sundhedskoordinationsudvalget har igangsat om udviklingen og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen, har det medført en række nye idéer til tværsektorielle tiltag, som netop kan bidrage til denne udvikling og styrkelse. Idéerne er opstået i forskellige fora; bl.a. på arbejdsdagen den 1. juni 2011, i klyngerne og i temagrupperne. Listen af idéer skal ikke ses som udtømmende.

I nærværende afsnit præsenteres otte tværsektorielle idéer. Alle tiltag er beskrevet ud fra kriterierne; idé, formål, forbedringspotentiale og 'sten på vejen'. Beskrivelserne skal dog ikke forstås som fuldt beskrivende, men i stedet som en inspiration til at opstarte en proces til bl.a. at beskrive et tiltag i dybden, afklare en entydig ansvarsplacering ved det enkelte tiltag, undersøge reelle gevinster ved tiltaget, samt foretage de nødvendige analyser inden et eventuelt tiltag igangsættes og afprøves. Idéerne kan endvidere tænkes bredere i forhold til andre patientgrupper.

### Den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient er typisk karakteriseret ved høj alder og flere af nedenstående faktorer<sup>3</sup>:

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme
- Nedsat funktionsniveau fysisk og/eller cerebralt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering og behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelser

Samtidig er andelen af borgere over 65 år i vækst, og det forventes, at andelen af ældre personer over 65 år vil stige med ca. 10 % frem til 2040<sup>4</sup>. Endvidere udgør medicinske patienter ca. 40 % af sygehusenes somatiske patienter, og patienter over 65 år udgør halvdelen af de medicinske patienter. Sygeligheden er størst blandt de + 85-årige<sup>5</sup>. Der er således meget, der indikerer, at sundhedsydelse er under pres, og der er behov for at fokusere på, hvordan sygdom kan forebygges og indlæggelser reduceres.

Parallelt med fokus på forebyggelse og at undgå indlæggelser er det også et faktum, at ældre mennesker uundgåeligt vil blive syge og få behov for lægehjælp, omsorg og pleje, og ofte er komplekse patienter, der kræver en flerdimensionel indsats.

Nedenstående idéer rummer både et potentiale i forhold til at kunne skabe sammenhænge i patientforløb på tværs af sektorer, og sikre at den ældre medicinske patient får den rette behandling på rette tid og sted, samt dernæst at reducere antallet af (gen)indlæggelser for den ældre medicinske patient.

---

<sup>3</sup> "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, Sundhedsstyrelsen 2011.

<sup>4</sup> Danmarks statistik

<sup>5</sup> "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, Sundhedsstyrelsen 2011. s. 17

## **Idé 1: Audit på indskrivnings- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter**

### **Idé**

Sundhedsaftalen 2011-2014 indeholder allerede en række aftaler, som skal sikre hensigtsmæssige og sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient.

Alligevel findes der situationer, hvor ind- og udskrivninger ikke fungerer hensigtsmæssigt og heller ikke altid følger sundhedsaftalerne.

Som svar på disse uhensigtsmæssigheder er der oftest en tendens til at forslå nye indsatser og nye aftaler, hvorimod der måske i mindre grad fokuseres på implementering af eksisterende aftaler og indsatser. Idéen er da, at der i regi af klyngerne i Region Midtjylland nedsættes en tværsektoriel faglig gruppe mhp. audit af indskrivnings- og udskrivningsforløb for den ældre medicinske patient.

### **Formål**

Formålet er, via audit på ind- og udskrivningsforløb, at vurdere kvaliteten af forløbene bl.a. i relation til Sundhedsaftalen. Formålet er at forbedre kvaliteten på områder, hvor ydelser og forløb ikke lever op til forventningerne og herunder bestemmelserne i sundhedsaftalerne.

Med auditen vil der desuden skabes større bevidsthed omkring de eksisterende aftaler, samtidig med der gives et fagligt grundlag for udviklingen af nye indsatser, der understøtter det gode patientforløb.

### **Forbedringspotentiale**

En audit rummer et betydeligt potentiale for at kunne sikre mere sammenhængende patientforløb.

### **Sten på vejen**

Umiddelbart kan forslaget realiseres og stenene på vejen må betragtes som små. De omfatter primært, at der i både kommuner, praksissektoren og i hospitalssektoren afsættes tid til at gennemføre en audit.

## **Idé 2: Etablering af delestillinger, rotationsstillinger, følgestillinger mv.**

### **Idé**

På en række udvalgte områder etableres projekter, som involverer delestillinger mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren. Delestillingerne kan evt. suppleres med rotations- og følgestillinger. I første omgang oprettes delestillinger i samarbejde mellem hospitaler og kommuner. Stillingerne kan oprettes

- i forbindelse med udviklingen af akutte kommunale funktioner - eksempelvis i forbindelse med oplæring af personale på nye kommunale akutfunktioner/akutteams
- indenfor geriatrien eksempelvis i tilknytning til udgående teams/følge-hjem-teams
- indenfor det medicinske og kirurgiske område

På sigt kunne det være relevant også at udvikle modeller for delestillinger, følgeordninger mv. i et samarbejde mellem samtlige sektorer.

### **Formål**

Formålet er udveksling af viden og kompetenceløft, hvor en afledt effekt vil være at der en større grad af fælles forståelse og gensidig kendskab til sektorerne og fagpersonalets kompetencer, hvilket understøtter god kommunikation og smidige patientforløb.

### **Forbedringspotentialer**

Etablering af dele-, rotations- og følgestillinger mv. rummer et stort potentiale for at øge faglig viden. Samtidig vil vejen mellem hospital og kommune blive kortere, den tværsektorielle forståelse større, sammenhængen i patientforløb vil blive bedre, og fejl i sektorovergange blive reduceret. Det forventes, at patientbehandling og opfølgning i højere grad kunne flyttes til borgerens eget hjem.

Kronikerenheden i Region Nordjylland har erfaring med delestillinger indenfor diabetesområdet. Der forventes at foreligge en evaluering i løbet af foråret 2012, som kunne danne grundlag for etablering af et lignende projekt dog med fokus på den ældre medicinske patient.

### **Sten på vejen**

Den væsentligste sten på vejen er tendensen til vanetænkning i alle sektorer i forhold til tilrettelæggelsen af arbejdsprocesser og arbejdsgange. Desuden vil der være steder og områder, som vil blive for sårbare, såfremt de skal kunne rumme delestillinger. Samtidigt kan der optræde organisatoriske/hierarkiske udfordringer.

## **Idé 3: Udvikling af screeningsredskab – værktøj til identifikation af sygdomstegn**

### **Idé**

Der udvikles et fælles og evident værktøj/screeningsredskab med henblik på at opspore udvikling af sygdom eller forværring af kronisk sygdom. Værktøjet skal anvendes både i hospitalsregi, i den kommunale sundhedssektor og i praksissektoren og udgøre en fælles platform for kommunikation og gensidig information.

Der findes på nuværende tidspunkt indenfor forskellige diagnoseområder forskellige screeningsværktøjer f.eks. indenfor dehydrering, diabetes og underernæring. I hospitalsregi i bl.a. Vestklyngen er der også udarbejdet et redskab, der scorer fysisk funktionsniveau og grad af selvstændighed hos borgere i flere dagligdagsfunktioner som spisesituation, gang, trappegang, toiletbesøg mv. Redskabet kan anvendes af terapeuter og uddannet plejepersonale på tværs af sektorer. Der er dog behov en videreudvikling og en videre udbredning af værktøjet, således at det systematisk anvendes i hospitalsregi af både plejepersonale, terapeuter og læger, i praksissektoren og i kommunalt regi.

Forslaget om udvikling af et fælles og helhedsorienteret værktøj indgår i Sundhedsstyrelsens oplæg om en styrket indsats for den ældre medicinske patient.

Sundhedsstyrelsen forventer, at et udviklingsarbejde opstartes inden for kort tid. Region Midtjylland og udvalgte kommuner kunne tilstræbe involvering i projektet evt. i forbindelse med afprøvning af redskabet.

Derudover er der ligeledes ved at blive udarbejdet og udrullet en MedCom standard på national plan, som det er værd at inddrage i udarbejdelsen af et screeningsværktøj.

### **Formål**

Formålet med screeningsværktøjet er at give de personer, der har hyppig kontakt med den ældre medicinske patient et værktøj til systematisk indsamling af information om udviklingen i sundhedstilstanden hos borgere i fastlagte risikogrupper. Værktøjets primære formål er at udgøre en fælles platform for kommunikation og gensidig information og sygdomsbilledet hos den ældre medicinske patient. Denne løbende og systematiske indsamling af information kan medvirke til tidlig opsporing af sygdomstegn eller forværring af eksisterende kronisk sygdom.

På baggrund af informationerne vil der i mange tilfælde kunne iværksættes en indsats af hjemmeplejen. I andre situationer vil det kræve, at patienten henvises til den praktiserende

læge med henblik på nærmere udredning eller behandling. I disse tilfælde vil observationerne, registreret i værktøjet, kunne sikre en god kommunikation og medvirke til hurtigere identifikation af sygdom og dermed rette behandling på rette tid og sted.

På sigt vil værktøjet også kunne anvendes i kommunikationen mellem specialister på hospitalet og den kommunale hjemmesygepleje fx i forbindelse med rådgivning og vejledning fra specialister.

### **Forbedringspotentiale**

Et fælles værktøj til opsporing af sygdom rummer et potentiale til at sikre den rette behandling af den ældre medicinske patient på rette tid og sted.

Det er vanskeligt at angive konkrete effekter af et screeningsværktøj, men da genindlæggelsesfrekvensen ved primær indlæggelse for dehydrering, forstoppelse og blærebetændelse er henholdsvis 22, 24, og 21 %<sup>6</sup>, vurderes der at være et relevant potentiale ved udviklingen af et fælles screeningsværktøj.

Samtidig er der potentiale for, at screeningsværktøjet vil medvirke til en mere målrettet og forebyggende indsats. Hvis dette sker, kan det bl.a. medføre, at omfanget af hjemmepleje og hjemmesygeplejeydelser samt indlæggelser begrænses. Væsentligst er dog at fokusere på værktøjets potentiale for at sikre sammenhængende indsatser for den ældre medicinske patient.

### **Sten på vejen**

Der findes ikke på nuværende tidspunkt et evident samlet værktøj, der kan anvendes, men der findes meget materiale, som relativt let vil kunne udvikles til formålet. De største udfordringer i forhold til implementeringen af værktøjet synes umiddelbart at være udvikling af nye aftaler, og en ændret kultur hos både hos praktiserende læge, i hjemmesygeplejen og i hospitalsregi.

---

<sup>6</sup> "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan", Sundhedsstyrelsen 2011. s. 26

## **Behandling og samarbejde i eget hjem**

### **Idé 4: IV-behandling i eget hjem**

#### **Idé**

Det kan i visse tilfælde være en fordel, at patienten behandles i eget hjem. Idéen er at etablere intravenøs (IV) behandling (behandling med drop) til en række patientgrupper, hvor IV-behandlingen varetages af kommunen eller praktiserende læger.

Det foreslås, at der i første omgang drages erfaringer med IV-behandling af væsketerapi samt IV-antibiotika behandling i borgerens eget hjem eller på kommunale midlertidige/akutte pladser med specialiserede udgående teams i den kommunale hjemmesygepleje og/eller den alment praktiserende læge.

#### **Formål**

Formålet er at etablere IV-behandling i borgerens eget hjem for herved at højne patientens livskvalitet, funktionsevne og samtidigt reducere indlæggelsestid og antallet af indlæggelser..

Målgruppen er patienter, som er lægeligt veludredt og kapable til behandling i eget hjem. Patientgrupper kunne eksempelvis inkludere:

- Endocardit-patienter (Infektion i hjerteklap)
- Patienter med infektioner - fx lungeinfektion eller langvarig knoglebetændelse
- Patienter med Cystisk Fibrose
- Delirøse patienter, der pga. angst i forbindelse med indlæggelser vil have særlig gavn af behandling i eget hjem
- Patienter med dehydrering som behøver væskebehandling
- Patienter der modtager kemoterapi

#### **Forbedringspotentiale**

Det er vurderingen, at IV-behandling i eget hjem til visse patientgrupper kan reducere indlæggelsestiden og i visse tilfælde betyde, at indlæggelse helt kan undgås. Hertil kommer et forbedringspotentiale ved fælles kompetenceudvikling og samarbejde omkring borgeren på tværs af sektorerne.

Der er således tale om et kvalitetsløft af behandlingen med det sigte at løfte patientens livskvalitet og funktionsevne. Særligt for ældre patienter kan en indlæggelse betyde en væsentlig forringelse af funktionsniveau.

Hospitalsenhed Midt er i samarbejde med Skive, Viborg og Silkeborg kommuner i gang med at afprøve IV-behandling i borgerens eget hjem, hvor det netop er kommunen, som varetager den konkrete opgave med at tilbyde IV-behandlingen.

#### **Sten på vejen**

Der vil være behov for en klar og entydig afklaring af den (medicinske) ansvars- og opgavefordeling for patienten mellem hospital, praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje samt et kompetenceløft af relevant sundhedspersonale. Endvidere skal spørgsmål om fx økonomi/afregning afklares samt organisering vedrørende kommunikation og dataudveksling.



## Psykiatri

### Idé 5: Tidlig opsporing af psykisk syge misbrugere

#### **Idé**

En stor andel af misbrugerne har en psykisk sygdom, og at en betydelig del af denne gruppe ikke er diagnosticeret, og derfor ikke modtager behandling for deres psykiske sygdom. Denne gruppe har således særlig vanskeligt ved at få et positivt udnytte af de etablerede indsatser. Det er eksempelvis vanskeligt at gennemføre en misbrugsbehandling af en bruger, der har en ubehandlet psykisk sygdom.

Idéen tager afsæt i et projekt som tidligere har været gennemført i Aarhus Kommune<sup>7</sup>, der havde gode erfaringer med en målrettet og systematisk screening for psykisk sygdom hos misbrugere. Målgruppen er misbrugere, som på baggrund af en socialfaglig screening viser indikationer på psykisk sygdom. Idéen er således at iværksætte en systematisk screening for psykisk sygdom af misbrugere med kontakt til det kommunale misbrugscenter. På baggrund af en indledende socialfaglig screening i det kommunale misbrugscenter tager misbrugscentret kontakt til den praktiserende læge med henblik på henvisning til en psykiatrisk screening ved en psykiatrisk sygeplejerske eller psykolog. På baggrund af screeningen og den psykiatriske vurdering kan sygeplejersken/psykologen anbefale, at patienten afsluttes til den praktiserende læge med henblik på behandling i egen praksis eller indstilles til nærmere udredning og behandling i regionspsykiatrien.

Indsatsen skal endvidere omfatte et shared care-samarbejde mellem praktiserende læge, regionspsykiatrien og det kommunale misbrugscenter.

#### **Formål**

Indsatsens formål er at identificere misbrugere med ubehandlet psykisk sygdom og derved yde en kvalificeret udredning og eventuel behandling. Endvidere er formålet at understøtte gensidig kompetenceudvikling af fagpersonale i alle sektorer.

#### **Forbedringspotentiale**

Erfaringer fra 'Projekt Bedre Udredning' viste, at 84 % af de brugere, der ved en første udredning viste indikatorer på psykisk sygdom – også ved en nærmere psykiatrisk udredning viste sig at have psykisk sygdom. Projektets resultater viste endvidere, at kombinationen af psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling betød, at 36 % reducerede deres misforbrug, mens 43 % blev stoffrie. Der er således et væsentligt potentiale i et tværsektorielt samarbejde om systematisk screening af misbrugere og derved samtidigt lette misbrugeres adgang til psykiatrisk udredning og behandling.

Endvidere er der væsentlige gevinster at hente i forhold til gensidig kompetenceudvikling, fordi medarbejdere vil få en større indsigt i brugernes problemstillinger.

#### **Sten på vejen**

Den nærmere arbejdsdeling skal beskrives herunder aftale om screeningsværktøjer. Endvidere skal organiseringen af shared-care-samarbejdet udfoldes.

---

<sup>7</sup> Projekt Bedre Udredning blev gennemført i Aarhus Kommune med støtte fra Socialministeriet i perioden 2006-2008. Projektet viste gode resultater, se Evalueringsrapport: Projekt Bedre Udredning, Århus Kommune, maj 2009

## **Idé 6: 'Børnepsykiatrisk Vidensteam' – øget rådgivning og samarbejde om børn med mulige psykiatriske problemstillinger**

### **Idé**

Der er en vedvarende stigning i antallet af børn og unge som mistrives, og hvor der er usikkerhed om, hvorvidt der er tale om psykiatriske problemstillinger. For at imødekomme udviklingen og kvalificere indsatsen før og mens børnene står på venteliste til psykiatrisk udredning er idéen, at etablere et børnepsykiatrisk vidensteam. Temagruppen for børne- og ungdomspsykiatri har derfor udarbejdet et forslag om at etablere et Børnepsykiatrisk Vidensteam<sup>8</sup>. Samtidigt blev der på arbejdsdagen den 1. juni 2011 defineret et centralt behov for at etablere tiltag til borgere, mens de står på venteliste.

Teamet skal yde faglig støtte og bistand til fagfolk fra det sociale børne- og familieområde og undervisningssektoren i kommunerne samt praktiserende læger, i vurderingen af børnepsykiatriske sager, hvor der er tvivl om, hvorvidt der er behov for en hospitalsbaseret indsats eller en mindre indgribende indsats i primærsektoren. Teamet kan eksempelvis rådgive om, hvorvidt der er behov for en børnepsykiatrisk udredning. I de tilfælde, hvor det vurderes, at der ikke er tale om en psykiatrisk problemstilling af en sådan sværhedsgrad, at der er behov for en hospitalsbaseret indsats, kan Børnepsykiatrisk Vidensteam deltage i et samarbejds møde med de kommunale parter/praktiserende læge med henblik på at rådgive og vejlede i forhold til iværksættelse af relevante foranstaltninger.

### **Formål**

Vidensteamet skal bidrage til at kvalificere den professionelle vurdering hos de ansvarlige i primærsektoren og dermed også forbedre og styrke det tværsektorielle samarbejde mellem de professionelle behandlere i kommunerne, regionspsykiatrien og praksissektoren. Indsatsen har til formål at forebygge, at barnet bliver henvist til den hospitalsbaserede børnepsykiatri, hvis det ikke er relevant, netop ved at lave en fælles vurdering af barnet så tidligt som muligt i forløbet. Samtidigt skal tiltaget kvalificere indsatsen for de børn, som står på ventelisten.

### **Forbedringspotentiale**

Det er vurderingen, at der er et betydeligt forbedringspotentiale for alle parter ved at implementere ordningen og derved sikre, at barnet modtager den rette støtte på det rette tidspunkt, og eksempelvis ikke unødigt henvises til en venteliste til børnepsykiatrisk udredning. Ordningen vil bidrage til, at indsatsen varetages på det lavest effektive omkostningsniveau.

Samtidigt vil ordningen betyde, at der på et tidligere tidspunkt vil være muligt at 'opdage' de børn, som kræver en hurtig udredning i regionspsykiatrien.

Der vil endvidere være et betydeligt potentiale for gensidig kompetenceudveksling af fagpersonale.

### **Sten på vejen**

Der er en væsentlig økonomisk udfordring i at finansiere projektet. Der er tidligere ansøgt flere puljer om finansiering af indsatsen uden at det er lykkedes. Desuden skal der arbejdes på en løsning, hvor samspillet mellem PPR, BUC og praktiserende læger kan ske elektronisk.

---

<sup>8</sup> Projektbeskrivelse om Børnepsykiatrisk Videnscenter

## Egenomsorg/mestring og teknologi

### Idé 7: Egenomsorg/mestring for KOL-patienter (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

#### **Idé**

Et stadigt stigende antal mennesker lider af en eller flere kroniske sygdomme – fx KOL. Som udgangspunkt har mennesker med en kronisk sygdom ofte kontinuerlig og langvarig kontakt til forskellige dele af sundhedsvæsenet, hvorfor der er særligt vigtigt at skabe og styrke sammenhængende patientforløb. Derudover er det vigtigt, at patienterne styrkes i at håndtere deres egen sygdom i hverdagen, og derved bl.a. undgå indlæggelser.

Projektet om egenomsorg/mestring for KOL-patienter er derfor to-strengt.

Den ene del af projektet er intelligent brug af teknologi i hjemmet, som netop skal give KOL-patienter en tryggere hverdag og forhindre unødvendige indlæggelser. Patienten er i centrum i projektet, til selv at foretage målinger af fx blodtryk, iltmætning og lungefunktion via udleveret udstyr i hjemmet. Målingerne sendes via telefonnettet til en webbaseret database, hvor den praktiserende læge, sundhedscentre, hjemmesygeplejersker og hospitaler har direkte adgang til<sup>9</sup>. Herved får sundhedspersonalet mulighed for at følge patientens sygdomsforløb og træningsindsats, og vejlede i forhold hertil. At patienten aktivt deltager i monitoreringen af egen sygdom, giver patienten et praktisk hjælpemiddel i hverdagen, til også selv at yde en indsats i rehabiliteringsforløbet og tage ansvar for egen sygdom. Hvor patienten ikke selv har mulighed for at foretage monitoreringen kan en eventuel hjemmesygeplejerske hjælpe med at foretage målinger, og dermed også være med til tidligere at opspore eventuelle forværringer, og derefter kontakte den praktiserende læge.

Den anden del af projektet er virtuel patientuddannelse, som ligeledes kan ske i sammenspil med den telemedicinske monitorering. Patientuddannelsesstilbuddet skal understøtte egenomsorgen og egenbehandlingen. Patientuddannelsen skal fokusere på forskellige målgrupper afhængigt af den enkeltes kompetenceniveau (patientundervisning tilpasset fx sociale, kognitive og fysiske ressourcer), og være et supplement til allerede udviklede patientuddannelsesstilbud. Patientuddannelsen skal ske ved udvikling af E-learningprogrammer, som skal være med til at fastholde og opnå nye livsstilsændringer og tilegne sig viden om den kroniske sygdom.

#### **Formål**

Formålet med projekterne om egenomsorg for KOL-patienter er, at øge inddragelsen af patienter i egen sygdom og egen behandling. Formålet er ligeledes at forebygge genindlæggelser og fremme rehabilitering i eget hjem, i trygge omgivelser. Samlet er formålet med projekterne at øge patienternes livskvalitet.

Endeligt er det endvidere formålet, at denne løsning vil kunne give økonomiske besparelser for sektorerne.

#### **Forbedringspotentiale**

Forbedringspotentialet skal først og fremmest ses i forhold til at reducere indlæggelser og genindlæggelser af patienter med KOL. Indlæggelsesårsagen er hyppigst akut forværring i tilstanden, med eller uden infektion. Prognosen for disse akut indlagte patienter er yderst alvorlig, og opgørelser fra danske hospitaler påviser høj dødelighed og genindlæggelsesfrekvens. Således genindlægges 14 % indenfor den første måned efter

---

<sup>9</sup> Erfaringer fra projekt på Aalborg Universitet viser, at ved brug af telemedicinsk monitorering forhindres unødvendige genindlæggelser. Andre projekter i fx Horsens og Silkeborg har ikke de praktiserende læger med som aktør, hvilket adskiller sig fra projektet i Aalborg, der netop inddrager samtlige sektorer.

udskrivelse. For gruppen af borgere over 67 år er tallet helt oppe over 28 %<sup>10</sup>. Der er påvist mortalitet på 9 % under indlæggelsen, samt mortalitet på op imod henholdsvis 20 % og 35 % efter tre og tolv måneder.

Patientgruppen udgør ca. 20 % af de akutte indlæggelser på de medicinske afdelinger, og beslaglægger dermed en stor del af de tilgængelige ressourcer.

Hjemmebehandling vil for patienter med en kronisk sygdom bidrage til at optimere kvaliteten og effektiviteten af behandlingen. Endvidere viser en patientundersøgelse, at syv ud af ti mennesker med kroniske sygdomme tror på, at videokonsultationer, automatisk fjernmåling og lignende former for ny teknologi i større eller mindre grad vil kunne gøre deres hverdag lettere<sup>11</sup>. Desuden viser en anden undersøgelse, at 35 % af de adspurgte kronikere vurderer, at brug af videokonsultationer, fjernmålinger og tilsvarende teknologier, vil kunne erstatte mindst halvdelen af deres årlige besøge hos egen læge samt på ambulatorium eller hospital.

### **Sten på vejen**

Den afgørende sten på vejen er, at afklare hvordan datatrafikken håndteres, hvilket kræver nogle juridiske ændringer. Derudover skal projekternes skaleringspotentiale vurderes, og en entydig ansvars- og opgavefordeling foretages.

## **Idé 8: Tværsektorielt dataprojekt**

### **Idé**

Kroniske patienters behandlingsforløb er kendetegnet ved, at det er langvarige forløb, hvor patienterne ofte har kontakt til både almen praksis, hospital og kommuner. Alle steder registreres data om patientens tilstand og behandling, men det har indtil videre været vanskeligt for sektorerne at samarbejde om at samle og videreformidle de relevante data. Ved at sammenkøre og formidle eksisterende data fra alle sektorer, kan der skabes et overblik over en samlet population af kronikere i eksempelvis en kommune samt dokumentation for den indsats, som ydes til den enkelte kroniske patient. Region Midtjylland har iværksat *Projekt Kronikerdata 2010-2012* netop med henblik på at samle og formidle data for bestemte kronikergrupper til brug for kvalitetsudvikling, beslutningsstøtte og samarbejde mellem sektorerne. På nuværende tidspunkt er det lykkedes at implementere populationsoverblik og patientoverblik i almen praksis, mens det har vist sig meget vanskeligt at indarbejde kommunerne i datasamling og formidling. Det er fortsat et betydeligt forbedringspotentiale ved at også kommunerne bliver en del af en fælles datasamkøring og datafeedback.

### **Formål**

Formålet er at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats ved at skabe et fælles datafundament. Det fælles datafundament skal understøtte samarbejdet mellem praktiserende læger, hospital og kommuner, og gøre det muligt at give et populationsoverblik over behandlingen af kroniske patienter eksempelvis i en given kommune eller et overblik over behandlingsforløbet for den enkelte patient.

### **Forbedringspotentiale**

Et fælles populationsoverblik forventes at kunne give en mere proaktiv tilgang til patienterne. Endvidere er der potentiale i at samling af data fra hospital, kommune og praktiserende læger vil styrke indsatsen for det sammenhængende patientforløb. Samtidigt kan det fungere som støtteværktøj til stratificering af patienterne og dermed sikre, at patienterne behandles på rette niveau.

---

<sup>10</sup> SST (2009) Genindlæggelse af ældre i Danmark 2008.

<sup>11</sup> KMD Analyse 2011

Gennem samkøring af eksisterende data og efterfølgende formidling via datafeedback er der et forbedringspotentiale i, at kvaliteten og effekten af behandlingen i den enkelte sektor og på tværs af sektorer kan dokumenteres.

**Sten på vejen**

På nuværende tidspunkt er der en forskelligartet registreringspraksis i kommunerne. Dette er den væsentligste hindring for at inddrage kommunale data i de øvrige data fra praktiserende læger og hospital. Endvidere er relevante kommunale data i dag placeret i mange forskellige systemer. Desuden er der en juridisk udfordring i at stille populationsdata på cpr-nummerniveau til rådighed for kommunerne.

## Kapitel 3: "Boblere" og igangværende/kommende tiltag

På arbejdsdagen den 1. juni 2011 blev der først i arbejdsgrupperne åbnet op for en 'brainstorm' om idéer til tiltag, inden for de forskellige emner, som Sundhedskoordinationsudvalget arbejdsgrundlag lagde op til. Denne brainstorm resulterede i en række tværsektorielle idéer, som er listet nedenfor under overskriften 'boblere'.

Efter denne liste følger en kortlægning af igangværende og kommende tværsektorielle tiltag, som sker i Region Midtjylland. Listen er per. 1. september 2011, og fordelt på klynger samt opdelt i en liste over henholdsvis det somatiske og psykiatriske område.

### **Boblere**

#### ***Tema: 'Den ældre medicinske patient'***

- Screeningsredskab i forhold til opfølgende hjemmebesøg
- Medicingennemgang i forbindelse med indlæggelse af kroniske patienter
- Servicecenter, som kan svare på borgerens henvendelser
- Forløbsprogrammer for den ældre medicinske patient
- Visitation før evt. indlæggelse (akutstuefunktion)

#### ***Tema: 'Behandling i eget hjem – IV-behandling'***

- IV-behandling i eget hjem for patienter i langvarig behandling
- IV-behandling i eget hjem for delirøse geriatriske patienter

#### ***Tema: 'Behandling i eget hjem – patienter med KOL'***

- Udarbejdelse af overordnet tværsektoriel strategi på KOL-området
- Fælles monitorering på tværs af sektorer
- Ledsageordning i samarbejde med Ældre Sagen
- KOL-team som kan rykke ud til støtte for kommunal hjemmepleje
- Delestilling til sygeplejerske til understøttelse af fælles udvikling af samarbejde omkring KOL-patienter
- Uddannelse af den kommunale hjemmepleje til at varetage "hjemme-patient-undervisning"
- Kompetenceudvikling via "Fælles Skolebænk" for nøglepersoner (behandlere, hjemmepleje, mv.)

#### ***Tema: 'Behandling i eget hjem – patienter med diabetes'***

- Akuttilbud i kommunerne i stedet for ambulante hospitalstilbud
- Diabetesskoletilbud til pårørende
- Fælles team bestående af kommunal sygeplejerske og praktiserende læge
- Fælles visitation i forbindelse med vagtlæge
- Fælles borger/patient journaler
- Tværfaglige/tværsektorielle udskrivningsteams
- Diabetes-hotline
- Opfølgende hjemmebesøg
- Fælles borgerjournal

**Tema: 'Behandling i eget hjem – Psykiatri'**

- Udvikling af tilbud i nærsamfundet
- Kvalificeret personale i hjemmeplejen efter kl. 16
- Fast tværsektorielt beredskab ift. borgere med demens/delirium og depression
- Kompetenceudvikling i nærmiljøet via delegation og målrettet opgaveglidning til andre faggrupper

**Tema: 'Patienter med dobbeltdiagnose'**

- Indsatsplan for indsatte med dobbeltdiagnose
- Regulært forpligtende samarbejde mellem kommune og frivillige aktører
- Forpligtende borgerrettede forløbsprogrammer

**Tema: 'Samarbejde mellem Regionspsykiatrien og arbejdsmarkedsområdet'**

- Screening af sygedagpengemodtagere
- Forebyggende indsats på virksomheder
- Personlige budgetter til patienterne
- Etablering af struktureret samarbejde mellem sektorerne
- Socialrådgiver tilknyttes lægehusene
- Socialrådgiver tilknyttes regionspsykiatrien
- Elektronisk kommunikation mellem praksislæge og kommunal socialrådgiver

## Igangværende og kommende tiltag

### Somatik

#### **Vest-klyngen** (Kommuner: Holstebro, Herning, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer)

- Telemedicinsk behandling af fodsår
- Opfølgende hjemmebesøg
- KOL-team/iltsygeplejerske
- Fællesskolebænk indenfor KOL, hjerte, diabetes, træning af skulderpatienter
- Neurorehabilitering (Holstebro Kommune og neuro.afd. i Lemvig)
- Prædiabetes (Holstebro)
- Forløbskoordinatorer
- Forløbsprogram for KOL
- Forløbsprogram for Diabetes
- Forløbsprogram for Hjerte-Kar sygdomme
- Telemedicinsk projekt: Forbedret blodtryksdiagnostik med telemedicinsk hjemmeblodtryksudstyr i tværgående samarbejde mellem kommuner, almen praksis og hospital
- Peritoneal dialyse
- Geriatrik team
- Palliativt team

#### **Aarhus-klyngen** (Kommuner: Aarhus og Samsø)

- Vagtberedskabet
- Telemedicinsk behandling af borgere med ALS
- Telemedicinsk behandling af borgere med KOL
- Telemedicinske opfølgende hjemmebesøg
- Klinisk integreret hjemmemonitorering: Storskala implementering af diabetes telemedicin i én hospitalsafdeling
- Akut genoptræning
- Udskrivelseskoordinatorer
- Opgaveoverdragelse vedr. patienter med diabetisk fodsår
- Behandling af diabetiske fodsår – telemedicinsk samarbejde med primær sektor og Centret for den Diabetiske Fod, MEA
- Effekt af geriatrisk lægelig intervention overfor ældre med behov for genoptræning eller aflastningsophold
- Screening af funktionsniveau og daglige aktiviteter hos ældre patienter på Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA
- Forløbsprogram for KOL
- Forløbsprogram for Diabetes
- Forløbsprogram for Hjerte-Kar sygdomme
- Kronikerprojekt: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med afprøvning af fysisk træning
- Kronikerpuljeprojekt: udvikling af tværfaglig og tværsektoriel database for hjertepatienter
- Kronikerpuljeprojekt: Tværfaglig og tværsektoriel hjerterehabilitering med øget fysisktræning (3/ugen i 12/uger)
- Kronikerprojekt: Udgående funktion på KOL området - undervisning i hjemmeplejen og almen praksis
- Kronikerprojekt: Telemedicinsk specialebistand ved behandling af diabetiske fodsår i almen praksis, lokalcentre og på hospitaler
- Kronikerprojekt: Udgående funktion for type 2 diabetes
- Kronikerprojekt: Udvikling af shared care-model for et tværsektorielt rehabiliteringsforløb for patienter med AKS



- Geriatrisk team - følge-hjem team fra andre medicinske afdelinger på Aarhus Universitetshospital
- Udgående diabetessygeplejerske
- Palliativt team
- Distriktsgeriatrisk team
- Apopleksiteam
- GO-team
- MVA-team - et geriatrisk team der følger patienter hjem fra akut medicinsk visitationsafsnit
- Hjemmedialyse team - peritonealdialyse
- Den mobile laboratorietjeneste: prøvetagning i patientens eget hjem, rekvireret af den praktiserende læge
- Formentlig projekt fra april 2012: Afprøvning af fælles kommunal og regional rehabiliteringsmodel: kræftsyg og arbejdspladstilknytning. Et samarbejde mellem Onkologisk Afdeling, Randers Kommune og Marselisborg Centret
- Fra 01.10.2011: Tidlig udskrivelse til hjemmet jf. sundhedsaftale på præmature børn
- Arbejdsgruppe med Aarhus Kommune vedr. behandling af pt. med hjernetumor med henblik på optimering af rehabiliteringsforløb
- Undervisning i fysisk aktivitet til kræftpatienter i forskellige kommuner
- Samarbejde læger/fysioterapeuter på AUH og Aarhus kommunes ortopædkirurgisk genoptræningscenter om pt, forløb, retningslinjer, lægekontrol, erfaringsudveksling
- Afholdelse af kurser for ergoterapeuter i kommuner om behandling af håndkirurgiske patienter
- Deltagelse i udskrivningssamtaler og evt hjemmebesøg ved komplikationer, spec. knæ/hoftepatienter
- Samarbejde læge/fys om ryg, amputation, skulder, idrætmed, ortopædkirurgisk genoptræ. center Aarhus
- Fælles skolebænk for alle terapeuter på Universitetshospitalet og i Aarhus kommune i samarbejde om ICF.
- Gensidig introduktion af nye medarbejdere mellem Ergo/Fys afd og Aarhus kommunes genoptræningscenter- neuro og ortopædkirurgisk
- Selvstyret AK-behandling
- Langvarig behandling af infektionsmedicinske lidelser i hjemmet
- Behandling for hepatitis C af indsatte i Horsens Statsfængsel
- Psykolog + rådgivnings samarbejde med patientforening HIV Danmark
- Klinisk Farmakologisk Afd.: Lægemiddelrådgivning som tilbydes alle læger (dvs. også almen praksis) i RM
- Uddannelse af praktiserende læger i behandling af funktionelle lidelser
- Videnscenter for funktionelle lidelser (samarbejdes projekt med almen medicin og socialektoren)
- Lær at leve med kroniske smerter (samarbejde med forskellige danske kommuner samt Komiteen for sundhedsoplysning)
- Forskningsprojekt med praksissektoren hvor den genetiske risiko for prostata cancer undersøges mhp. reduktion af antallet af P-PSA målinger
- Odontologisk Landsdels- og Videncenter. En konsultativ funktion overfor tandlæger i primær-sektoren (privat praksis og kommunal tandpleje)
- Døgnafsnittet Samsø Syge – og sundhedshus (samarbejde mellem RM og Samsø Kommune)

### **Silkeborg-Viborg klyngen**

- Opfølgende hjemmebesøg
- Shared care team
- Palliationsprojekt /palliativt team
- Udvikling af velfærdsteknologiske løsninger
- Sår- og stomipleje telemedicin
- Projekt Tilbage-til-Arbejde

- Forløbsprogram for KOL
- Forløbsprogram for Diabetes
- Forløbsprogram for Hjerte-Kar sygdomme
- Kronikerprojekt: Selvbehandlingsplan og telefonrådgivning for patienter med KOL
- Kronikerprojekt: Tværsektorielt samarbejde om hjerterehabilitering
- KOL-team/iltsygeplejerske
- KOL case manager
- Tele - KOL
- Iltsygeplejerske
- Fælles visitation med Viborg Kommune
- Samarbejde vedrørende udskrivning af borgere med senhjerneskode
- Telemedicinsk projekt: Udskrivningskonferencer (Skive)
- Opfølgende hjemmebesøg (start 3.10.2011)
- Opgaveoverdragelse (IV isotoniske væsker og antibiotika)
- Skive Sundhedshus
- Shared care team
- Center of Excellence og Silkeborg kommune: Projekt "Åbne kar" pr. 01.10.11 (forventes)
- Udvikling af velfærdsteknologiske løsninger
- Sår- og stomipleje telemedicin
- Journalaudit på hospitalet, hvor kommunerne også deltager
- Fælles skolebænk
- ROS projekt (overvægtige børn) mellem børneafdelingen og Viborg Kommune
- Kronikerprojekt: Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og RH Horsens
- Blodtransfusionsforløb via egen læge i patienthotellet
- Fremskudt visitation vedr. tandregulering
- Koordinerende diabetessygeplejerske med samarbejde på tværs af sektorer i forhold til Patientforløb
- Fremskudt visitation i samarbejde mellem Viborg Kommune og Hospitalsenhed Midt (start jan. 2012)
- Videokonference ved udskrivelse mellem Skive Kommune og Hospitalsenhed Midts Lungemedicinske sengeafdeling

### **Randers klyngen**

- Opfølgende hjemmebesøg - drøftelse på styregruppemøde i klyngen 12.09.11
- Fremskudt visitation
- Samarbejde mellem hospital og kommuner vedr. patienter med kommunikationsvanskeligheder
- Seksuel sundhed (RH Randers og Norddjurs Kommune) - arbejdet er endnu ikke igangsat
- Klar til operation (RH Randers og Randers Kommune) - arbejdet er endnu ikke igangsat
- Telekommunikation KOL patienter (RH Randers og Randers kommune)
- Sårpleje - telekommunikation (RH Randers og Randers Kommune)
- Tidligere udskrivelse af apopleksi patienter (RH Randers og Favrskov Kommune), (RH, Randers og Syddjurs Kommune)
- Forløbsprogram for KOL
- Forløbsprogram for Diabetes
- Forløbsprogram for Hjerte-Kar sygdomme
- Kronikerprojekt: Viden- og kompetence funktion inden for KOL
- Kronikerprojekt: Viden- og kompetencefunktion indenfor type 2 diabetes
- Kronikerprojekt: Tværsektorielt samarbejde om udvikling og etablering af individuelt tilpasset hjerterehabilitering
- Palliativt team
- Hjemmedialyse team - peritonealdialyse
- Grenaa Sundhedshus

- Samarbejde om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser (Regionshospitalet Randers og Grenaa, Norddjurs Kommune og almen praksis)

### **Horsens klyngen**

- Forløbsprogram for patienter med hoftebrud
- Videokonference ved udskrivning (RH Horsens og Odder Kommune)
- Forløbsprogram for KOL
- Forløbsprogram for Diabetes
- Forløbsprogram for Hjerte-Kar sygdomme
- Kronikerprojekt: Styrket kommunikation mellem almen praksis, kommuner og RH Horsens
- Palliativt team
- Iltsygeplejerske
- KOL case manager
- Geriatrisk team
- Opfølgende hjemmebesøg
- Hjemmedialyse

### **Psykiatri - voksen**

#### **Vest-klyngen**

- Gerontopsykiatrisk team
- Mobilteam (intensiv behandling) i Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande kommuner
- Team for Misbrug og Psykiatri (dækker både Vest-klyngen og Viborg-Skive klyngen)
- Klinik for traumatiserende flygtninge
- Fællesteam for dobbeltdiagnosepatienter (Herning Kommune og Reg.psyk.Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune og Reg.psyk.Vest, Ikast-Brande Kommune og Reg.psyk.Vest, Holstebro Kommune og Reg.psyk.Vest, Struer Kommune og Reg.psyk.Vest, Lemvig Kommune og Reg.psyk.Vest)
- Integrerede forløb for mennesker med sindslidelser (Holstebro Kommune og Reg.psyk.Vest)
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner
- Opsøgende Retspsykiatrisk Team

#### **Viborg-Skive klyngen**

- Gerontopsykiatrisk team
- Mobilteam (intensiv behandling) i Viborg og Skive
- Team for Misbrug og Psykiatri (dækker både Vest-klyngen og Viborg-Skive klyngen)
- Opsøgende Retspsykiatrisk Team
- Fællesteam for dobbeltdiagnosepatienter (Viborg Kommune og Reg.psyk.Vest/Reg.psyk.Viborg-Skive, Reg.psyk.Vest/Reg.psyk.Viborg-Skive)
- Indsats på tværs – psykiatrisk screening af kontanthjælpsmodtagere (Skive Kommune og Reg.psyk. Viborg-Skive)
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner

#### **Aarhus-klyngen**

- Gerontopsykiatrisk team
- Mobilteam (intensiv behandling)
- Klinik for traumatiserende flygtninge
- Opsøgende Retspsykiatrisk Team (dækker Risskov, Horsens/Silkeborg og Randers/Djursland)

- Fællesteam for dobbeltdiagnosepatienter (Favrskov Kommune og Aarhus Universitetshospital, Risskov) – projekt på vej
- Lokalpsykiatrisk udrykningsteam – (Aarhus Universitetshospital, Risskov og Aarhus Kommune)
- Samarbejde vedrørende borgere på forsorgsinstitutioner med psykiske problemer
- Telemedicinsk projekt: Videokonference – optimering af indsats overfor beboere på kommunalt tilbud
- Udredning og styrket indsats til borgere med ADHD
- Tidlig indsats inden social deroute – puljeprosjekt
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner

### **Silkeborg-klyngen**

- Mobilteam (intensiv behandling)
- Psykiatriens Hus
- Shared Care samarbejde med almen praksis
- Samarbejde med Rusmiddelcentret
- Integrerede forløb for mennesker med sindslidelser (Silkeborg Kommune og Reg.psyk.Silkeborg)
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner

### **Randers-klyngen**

- Samarbejdsprojekt ml. lokalpsykiatri Rønde og Misbrugsindsatsen, Syddjurs Kommune – fællesteam på vej
- Fællesteam for dobbeltdiagnosepatienter (Norrdjurs Kommune og Reg.psyk.Randers, Randers Kommune og Reg.psyk.Randers) – på vej
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner

### **Horsens-klyngen**

- Gerontopsykiatrisk team
- Mobilteam (intensiv behandling)
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner
- Møde mellem overlæge og almen praksis i Odder Kommune
- Møde mellem psykiatriske sygeplejersker og den psykiatriske hjemmepleje-sygeplejerske i Odder Kommune
- Regionspsykiatrien i Skanderborg mødes med socialpsykiatrien i Skanderborg Kommune vedr. deres velintegrerede dobbeltdiagnosepatientprojekt
- Samarbejdsaftale mellem Regionspsykiatrien Horsens, Center for Social Udsatte (Horsens Kommunes misbrugsbehandling og kriminalforsorgen)
- PSP-samarbejde (Politi-Social-Psykiatri) i alle klyngens kommuner

### **Psykiatri – børn/unge**

#### **Øst-klyngen**

- Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere samt barnets/den unges netværk – enten i institution, kommune eller på BUC
- Hjemmebesøg – observation og/eller rådgivning
- Observationer i daginstitutioner og skoler
- Projekt Integrerede forløb for mennesker med psykisk sygdom (Randers Kommune og BUC)
- OPUS – netværksmøder i lokalområdet/kommuner/på BUC

#### **Vest-klyngen**

- Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere samt barnet/den unges netværk – enten i institution, kommune eller på BUC
- Hjemmebesøg – observation og/eller rådgivning

- Observationer i daginstitutioner og skoler
- OPUS – netværksmøder i lokalområdet/kommuner/på BUC
- OPUS – videokonsultationer med fx unge på efterskole. Planer om udvidet brug af IT (Ipads) til konsultationer med den unge i hjemmet i efteråret 2012