

Generel Politisk Sundhedsaftale

Region Midtjylland 2011-2014

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Indholdsfortegnelse..... | 2 |
| Indledning | 3 |
| Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb | 12 |
| Politisk aftale om børn, unge og gravide | 17 |
| Politisk aftale om træningsområdet | 21 |
| Politisk aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler | 24 |
| Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse | 26 |
| Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom | 30 |
| Politisk aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser..... | 34 |
| Politisk aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer | 37 |
| Politisk aftale om Økonomi og Opfølgning | 38 |
| Yderligere aftaleområder..... | 41 |

Indledning

Sundhedsvæsenet i region, kommuner og i almen praksis udvikler sig hele tiden. Fokus for alle parter er, at borgerne får det rette tilbud på det rette tidspunkt i patientforløbet. Tilbud, der understøtter det aktuelle behov for pleje, omsorg, træning og behandling. Denne udvikling er både nødvendig og ønskelig i alle sektorer.

Konkret ændres hospitalsstrukturen i Region Midtjylland for både somatikken og psykiatrien i form af nye hospitaler i Skejby og Vest, etablering af fælles akutafdelinger på hospitalerne, Center of Excellence, og udvikling af behandlingsforløb med højere kvalitet og effektivitet. Kommunerne udvikler nye sundhedstilbud og initiativer, der understøtter såvel modtagelse af patienter fra hospitalerne som pleje og omsorg af borgere samt forebygger hospitalsindlæggelser.

Formålet med den generelle sundhedsaftale er at sikre sammenhængen og koordinationen af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af sektorerne. Sundhedsaftalen skal knytte planinitiativerne på sundhedsområdet sammen og sikre, at de løsninger, som parterne udarbejder, kan fungere i sammenhæng.

Særligt om det nære sundhedsvæsen

Den ovenfor beskrevne udvikling stiller nye krav til det nære sundhedsvæsen.

Region Midtjylland og kommunerne er derfor enige om, at der i denne aftaleperiode skal være et særligt fokus på udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Det nære sundhedsvæsens opgaver kan overordnet beskrives som:

- at **forebygge sygdom** og indlæggelser og **sikre tidlig opsporing af sygdomme**,
- at sørge for en **sammenhængende opfølgning og rehabilitering** i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet

Praksissektoren har en helt særlig rolle som både forebyggende og behandlende i det nære sundhedsvæsen. Derudover vil visse regionale forebyggelses- og behandlingsopgaver være velplacerede i det nære sundhedsvæsen.

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen tager afsæt i både nationale, regionale men særligt lokale forhold og stiller krav om udvikling af samarbejdet mellem regionen, kommunerne og de praktiserende læger.

Særlig opmærksomhed skal rettes mod en bedre og mere sammenhængende indsats for den ældre medicinske patient. På det psykiatriske område er en væsentlig udfordring at skabe bedre sammenhæng for de patienter, der bevæger sig mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Regionen og kommunerne er enige om, at udvikling af det nære sundhedsvæsen og lokale sundhedstilbud skal have fokus på nye metoder, nye behandlingsformer og ny teknologi. Væsentligt for dette arbejde vil være nye samarbejdsformer og sammenhængende patientforløb herunder de økonomiske finansieringsmodeller til understøttelse heraf.

Området har fokus i denne aftaleperiode 2011-2014 og arbejdet igangsættes i efteråret 2010. I arbejdet inddrages såvel politiske som sundhedsfaglige input til udarbejdelse af et fælles grundlag for udvikling af det nære sundhedsvæsen.

1. Mission, Vision og Værdier for samarbejdet på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Region Midtjylland, kommunerne og repræsentanter fra almen praksis har i fællesskab opstillet følgende mission, vision og værdier for samarbejdet på sundhedsområdet:

1.1 Mission

Region Midtjylland, kommunerne i regionen og almen praksis skal i fællesskab udvikle og integrere indsatsen i sundhedsvæsenet ved at skabe en ramme for samarbejdet, som sikrer sammenhængende patientforløb og styrker den konkrete implementering af sundhedsaftalen gennem øget ejerskab blandt både politikere, administration og sundhedsfagligt personale.

1.2 Vision

Region Midtjylland, kommunerne i regionen og almen praksis udgør et samlet sundhedsvæsen kendetegnet ved **sammenhængende forløb, effektiv ressourceudnyttelse, dokumenterede effekter og tværsektorielle data** samt **øget social lighed i sundhed**.

Sammenhængende forløb betyder,

- at patienten/borgeren oplever sundhedsvæsenet som et samlet hele
- at der på det psykiatriske område skabes bedre sammenhæng for de patienter, der bevæger sig mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.
- at alle forløb understøttes fuldt ud af elektronisk kommunikation (MedCom)
- at der er gensidig viden om aktiviteterne i de enkelte sektorer
- at der er flere direkte henvisningsmuligheder sektorerne imellem
- at sørge for en sammenhængende opfølgning og behandling i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet herunder rehabilitering

Effektiv ressourceudnyttelse betyder,

- at opgaveløsningen sker på Laveste Effektive OmkostningsNiveau (LEON-princippet)
- at der anlægges en samfundsøkonomisk betragtning frem for en sektorøkonomisk

Dokumenterede effekter og tværsektorielle data betyder,

- patient/borgertilfredshed
- kliniske effekter for patienterne
- belysning af de økonomiske implikationer af eksisterende og fremtidige indsatser skal analyseres. Analyser foretages så vidt muligt inden initiativerne sættes i gang
- populationers sundhedstilstand er i fokus – dvs. sundhedstilstanden hos udvalgte sygdomsgrupper, socialgrupper etc. følges
- udvikling af tværsektorielle data
- opfølgning og monitorering af eksisterende og iværksatte initiativer i sundhedsaftalerne, herunder forløbsprogrammer

Øget social lighed i sundhed betyder,

- at forskellen i den gavn, borgerne har af sundhedstilbud skal udlignes, så alle borgere uanset social status får optimalt udbytte af indsatsen, så
 - sundhedsydelse er rettet mod den enkelte patients/borgers og den enkelte målgruppes behov
 - sundhedsydelserne er tilgængelige uanset patientens/borgerens forudsætninger

1.3 Værdier

- Samarbejde
- Handlekraft
- Resultater
- Tillid
- Dynamik

Samarbejde

Vi vil samarbejde om at skabe sammenhængende patientforløb for borgeren

- mellem sektorer
- internt i sektorer

Handlekraft

Vi handler

- ud fra *initiativpligten* - initiativet skal tages, der hvor borgeren/patienten fysisk opholder sig. Uenigheder om ansvarsplacering og økonomiske byrder afklares efterfølgende mellem parterne
- med *gensidig respekt* for den anden sektors faglige vurdering
- med *ansvarlighed*, hvor vi ikke lover noget på andre sektors vegne, men tager hensyn til det relevante serviceniveau og kompetenceområde

Resultater

Vi skaber resultater ved

- effektiv ressourceudnyttelse
- viden og evidens
- kvalitet
- dygtighed

Tillid

Vi sikrer og skaber tillid til hinanden gennem

- dialog
- gensidig respekt

Det betyder bl.a., at vi har en gensidig forpligtigelse til at sikre dialog om større kapacitetsændringer.

Dynamik

Vi skaber og sikrer dynamikken i samarbejdet gennem

- udvikling
- dristighed

2. Ambitionsniveau

Sundhedskoordinationsudvalget har med udgangspunkt i visionen og de deraf udledte værdier formuleret en række konkrete principper, som er styrende for arbejdet med såvel udarbejdelse som anvendelse af sundhedsaftalen. Disse er:

1. **Ejerskab** blandt politikere, almen praksis og sundhedspersonale – herunder understøttelse af **implementering**
2. **Ensartede spilleregler**, der understøtter strukturen på sundhedsområdet
3. **Effekten** af sundhedsaftalen skal **dokumenteres**
4. Sundhedsaftalen er et **dynamisk arbejdsredskab**

2.1 Ejerskab og implementering

Sikring af ejerskab blandt alle relevante parter og aktører er afgørende for, at sundhedsaftalen kan implementeres og dermed have den ønskede effekt. Særligt styrkelse af den politiske inddragelse har høj prioritet i denne aftale.

Ejerskabet er understøttet ved,

- at kommunerne, Region Midtjylland og repræsentanter fra almen praksis har udarbejdet indholdet af den generelle sundhedsaftale via repræsentation i temagrupper
- at Sundhedskoordinationsudvalget, formænd for kommunernes social- og sundhedsudvalg samt formænd for de relevante regionale rådgivende udvalg har behandlet aftalen på et fællesmøde den 28. april 2010
- at aftalen er sendt i politisk høring i såvel kommuner som region inden godkendelsen i Sundhedskoordinationsudvalget
- at aftalen er behandlet i Praksisudvalget og i Sundhedsbrugerrådet

For at give større læselyst og ejerskab til sundhedsaftalerne blandt de målgrupper, der berøres af aftalen inddrages den i:

- En politisk del
- En administrativ del
- En sundhedsfaglig del

2.2 Ensartede spilleregler

Sikring af ensartede spilleregler i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis er centralt for at overkomme de udfordringer, som øget specialisering af hospitalsvæsenet og kommunernes større ansvar på sundhedsområdet skaber. Ensartede spilleregler understøtter, at:

- Hospitalerne kan udskrive ensartet til kommunerne
- Almen praksis har ensartede procedurer for henvisning til behandling på hospitaler eller i kommuner
- Den information, kommunerne modtager fra hospitalerne, er ensartet uanset hvilket hospital, deres borgere er indlagt på

2.3 Dokumenterbar effekt

Iværksatte initiativer skal have en reel effekt – og det skal dokumenteres. Effekten måles på tre overordnede områder:

- Borgeren/patienten
 - Resultaterne af igangsatte initiativer skal dokumenteres
 - Borgernes/patienternes oplevelse af og tilfredshed med sundhedsvæsenet skal dokumenteres
- Særlige målgrupper og deres behov
 - Forbedret indsats rettet mod sundhedstilstanden i afgrænsede populationer – sygdomsgrupper, socialgrupper etc.
- Økonomi
 - De økonomiske konsekvenser af igangsatte initiativer og procedurer skal følges

2.4 Sundhedsaftalen er et dynamisk samarbejdsredskab

For at samarbejdet mellem parterne kan udvikles, skal sundhedsaftalen være dynamisk. Parterne skal i aftaleperioden derfor have mulighed for at tilføje yderligere aftalelementer/tillægsaftaler. Det vil sige, at:

- Administrative tilføjelser uden økonomiske og principielle konsekvenser for parterne godkendes i Sundhedsstyregruppen med orientering til Sundhedskoordinationsudvalget
- Andre tilføjelser skal fortsat godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget og evt. kommunalbestyrelser, regionsråd samt Sundhedsstyrelsen

3. Lovgivning

Rammerne for samarbejde mellem regioner og kommuner på sundhedsområdet er reguleret af sundhedslovens § 203-205. Nedenfor gengives de omtalte paragraffer i deres helhed:

§ 203. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 204. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v.

§ 205. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte.

Stk. 3. Aftaler vedrørende indsatsområder, som er omfattet af de af ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere fastsatte regler efter stk. 2, indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Ifølge § 205 skal region og kommuner i hver valgperiode indgå en sundhedsaftale. Sundhedsaftalen for valgperioden 2010-2013 skal være udarbejdet og indsendt til godkendelse i Sundhedsstyrelsen senest 31. januar 2011.

Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (nr. 778 af 13.08.2009) udfolder lovteksten, mens **Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler** (nr. 9698 af 21.08.2009), som udspringer af bekendtgørelsens § 8, fastsætter de nærmere rammer og procedurer.

I bekendtgørelsen fastlægges, at der skal indgås delaftaler på seks obligatoriske områder. Region Midtjylland og kommunerne har endvidere indgået delaftaler om:

- Børn, unge og gravide
- Kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer
- Økonomi og opfølgning

Med mindre andet anføres i de enkelte delaftaler, er det bekendtgørelsen/vejledningen og de deri indeholdte krav, der regulerer indholdet af delaftalerne.

4. Den generelle aftale, klyngeaftaler og lokale aftaler

Den generelle sundhedsaftale sikrer, at hospitaler, kommuner og praktiserende læger arbejder efter ens spilleregler uanset hvilken part, man samarbejder med.

4.1 Klyngerne

For at understøtte samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis er Region Midtjylland inddelt i klynger på somatik- og psykiatriområdet. Klyngerne består af en hospitalsenhed, de omkringliggende kommuner og almen praksis i området. Inden for hver klynge indgås i tillæg til den generelle aftale en supplerende klyngeaftale (allonge). Hvor det skønnes nødvendigt, kan en kommune indgå i flere klynger.

Klyngernes kerneopgave er at udvikle, igangsætte og implementere initiativer på tværs af sektorerne i området. Initiativerne kan både være tilføjelser til eller initiativer udledt af den generelle aftale.

I regi af klyngen kan hospital, kommuner og praktiserende læger eksempelvis lave udviklingsarbejde, informationsdeling, have dybere samarbejdsrelationer og lave faglig sparring, der understøtter og udvikler det nære sundhedsvæsen. Oplagte projekter og initiativer i klyngeregi er fælles skolebænk og fælles indsats i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse/patientuddannelse. Det kan også være lokalesamarbejder eller direkte patientrettede indsatser som samarbejde om udgående teams, opfølgende hjemmebesøg, behandling i eget hjem, rehabiliteringsindsatser, kommunale sundhedstilbud etc.

Klyngerne beskæftiger sig endvidere med drift, monitorering og evaluering. Dette beskrives nærmere i den administrative del af aftalen om økonomi og opfølgning.

4.2 Lokale aftaler

De lokale aftaler mellem region og den enkelte kommune kan omfatte samarbejdsaftaler og initiativer, mellem kommunen og regionen eller kommunen og de enkelte hospitalsenheder. Det kan eksempelvis være aftaler om sundhedshuse, samarbejde mellem konkrete hospitalsafdelinger og kommunale tilbud, etablering af omsorgshoteller og andre væsentlige snitflader, der løses lokalt.

5. Sundhedsaftalens indhold og struktur

5.1 Indhold

Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen i Region Midtjylland omfatter følgende delaftaler:

- Aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb
- Aftale om børn, unge og gravide
- Aftale om træningsområdet
- Aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse
- Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom
- Aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

- Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer
- Aftale om økonomi og opfølgning
- Yderligere aftaleområder

Yderligere aftaleområder

Ud over de ovenfor nævnte områder er der en række yderligere tværgående områder, som praksisområdet, kommunerne og Region Midtjylland enten har indgået aftaler om eller vil indgå tillægsaftaler om i løbet af nærværende aftaleperiode. Disse er:

- "Det gode elektroniske patientforløb" – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaller
- Aftale på hjernesgadeområdet
- Organisering og koordinering på tandplejeområdet

Disse aftaleområder behandles i summarisk form i et særskilt kapitel (se ovenfor).

Uddybende aftaler for de enkelte områder

Der er for en række af delområderne i den forudgående periode indgået aftaler, der konkretiserer arbejdsgange, ansvarsfordelinger for administrativt og sundhedsfagligt personale samt planer for udvikling af en række indsatser. Disse er:

- Snitfladekatalog på træningsområdet
- Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber

De relevante delaftaler henviser hertil via direkte links til Region Midtjyllands hjemmeside.

5.2 Struktur

For at kunne samle de enkelte elementer i sundhedsaftalen i mere homogene afsnit målrettet de enkelte aktører er sundhedsaftalen i Region Midtjylland som nævnt tredelt i en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del.

- Den **politiske del** indeholder formål, overordnede politiske målsætninger for de enkelte delaftaler, særlige indsatsområder, værdier og opfølgning
- De organisatoriske strukturer og administrative aftaler, der understøtter kravene i bekendtgørelsen, vejledningen og politiske målsætninger, udgør den **administrative del**
- Den **sundhedsfaglige del** af aftalen er rettet mod det sundhedsfaglige personale. Aftalen beskriver den konkrete arbejdsdeling mellem de tre sektorer ift. det daglige samarbejde

Godkendelse

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland har den 10. juni 2010 godkendt den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 2011-2014.

Finansiering via overenskomster eller økonomiforhandlinger med regeringen kan udskyde implementeringen af enkelte elementer i sundhedsaftalen.

Private hospitaler forpligtes gennem leverandøraftalen med Danske Regioner til at implementere relevante dele i sundhedsaftalen.

Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb

1. Formål

Det overordnede formål med delaftalen om indlæggelse og udskrivelse er at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet umiddelbart op til og efter en hospitalsindlæggelse – herunder at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

2. Målsætninger

Region, kommuner og almen praksis stræber efter at opfylde de udpegede mål for alle borgere i Region Midtjylland. Succeskriterierne i form af procentsatser er anvendt for at gøre målene konkrete og målbare.

Sundhedskoordinationsudvalget har for perioden 2011-2014 udpeget følgende målsætninger for delaftale om indlæggelse og udskrivelse:

2.1 Indlæggelse

- At undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og finde alternativer hertil
 - Der kan registreres et fald i antallet af genindlæggelser i aftaleperioden
 - 95 % af alle indlæggelser er hensigtsmæssige
- At inddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det
 - 95 % af patienter og pårørende oplever sig inddraget ved indlæggelsen
- At forberede indlæggelsen og påbegynde planlægningen af udskrivelsen ved indlæggelsen - med særligt fokus på den ældre medicinske patient
 - 95 % af alle indlæggelser er forberedt af praktiserende læge og hjemmepleje
 - 95 % af alle udskrivelser, hvor hjemmeplejen skal inddrages, er påbegyndt ved indlæggelsen

2.2 Udskrivelse

- Den velinformerede patient: Informere patienten om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen
 - 95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen
- Parterne er enige om, at færdigbehandlede somatiske patienter principielt ikke er indlagte
 - Antallet af sengedage, som færdigbehandlede patienter optager på hospitalsafdelingerne i Region Midtjylland, skal monitoreres år for år

Slettet: ærdigbehandlede patienter er ikke indlagte
Der er ingen færdigbehandlede patienter på hospita-
lerne

Slettet: Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb

- De regninger, kommunerne modtager for færdigbehandlede patienter, er korrekte
 - Det monitoreres på om de regninger, kommunerne modtager på færdigbehandlede patienter, er korrekte

Slettet: 95 % af

Slettet: Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger håndteres i opfølgingsafsnittet.¶

3. Indsatsområder

3.1 Indlæggelse

Delaftalen om indlæggelse har – ud over de generelle principper for håndtering af indlæggelsesforløb - fokus på udvalgte patientgrupper, der har særlige problematikker, som opstår i forbindelse med indlæggelse. Det drejer om følgende:

- Palliativ behandling:
 - Inden for aftaleperioden 2011-2014 udarbejder arbejdsgruppen for den palliative indsats en fælles tværsektoriel aftale for samarbejdet om den palliative indsats
 - Aftalen tager udgangspunkt i de eksisterende lokale samarbejdsaftaler og indeholder endvidere den udarbejdede kortlægning af åben indlæggelse
- MRSA
 - MRSA (merticillinresistente stafylokokkaureus bakterier), kan medføre alvorlig sygdom, især hos i forvejen syge og svage personer. Procedurerne herfor er indeholdt i den sundhedsfaglige del
- Personer med kommunikationsvanskeligheder, der bor på social institution og har fysisk og eller psykisk handicap, eller personer med demens i plejehjem eller i eget hjem
 - Behovet for personaleledsager aftales individuelt ved indlæggelse

Slettet: Fælles regional og tværsektoriel aftale for patienter med kommunikationsvanskeligheder, der indlægges til udredning og behandling på et hospital

3.2 Udskrivelse

Følgende indsatsområder og nøglebegreber er særligt prioriteret i forbindelse med udarbejdelsen af delaftalen om udskrivelse:

3.2.1 Kommunal forberedelsestid erstatter begrebet varslingsfrister

”Kommunal forberedelsestid” har vist sig at være et mere fyldestgørende og hensigtsmæssigt begreb end ”varslingsfrister”. Begrebet dækker den forberedelsestid, kommunerne har brug for, hvis kommunale ydelser til borgeren aktiveres ved udskrivelse.

Slettet: når

Slettet: skal tages i anvendelse efter

3.2.2 Ændring i typer af udskrivelsesforløb i forbindelse med kommunal forberedelsestid

Alle akutte patienter modtages på de fælles akutmodtagelser¹. I de fælles akutmodtagelser vil der ske en bred og tværfaglig indledende og eventuelt endelig diagnostik og

Slettet: indlæggelser

Slettet: skal foregå via

Slettet: afdelinger

Slettet: 65 % af disse indlæggelser forventes udskrevet inden for 24 timer

¹ Derudover modtages visiterede akutte medicinske patienter på Regionshospitalet Silkeborg.

behandling for udskrivning eller overførsel til specialafdeling. Dette vil få som konsekvens, at over halvdelen af de akutte patienter er udredt og eventuelt behandlet med henblik på udskrivning inden for op til 48 timer. For at understøtte det sammenhængende patientforløb betyder det:

Slettet: Det får følgende konsekvenser:

- For kommunerne
 - Etablering af et akut beredskab med let og entydig adgang til en sygeplejerske både dag, aften og nat samt mulighed for opfølgning efter indlæggelse
- For almen praksis
 - Sikring af den praktiserende læges mulighed for opfølgning efter indlæggelse i akut modtageafdeling
- For hospitalerne
 - Hospitalerne skal sikre almen praksis adgang til lægelige oplysninger ved udarbejdelse af udskrivelsesnotat/lægenotat på samme tid, som patienten udskrives. Dette gælder særligt udskrivelser fra de akutte modtageafsnit.
Kommunerne skal have adgang til sygepleje-epikrisenotat

3.2.3 Udvalgte patientgrupper

Øget fokus på udvalgte patientgrupper, der har særlige problematikker, som opstår i forbindelse med udskrivelse.

- Patienter i palliativ behandling og med åben indlæggelse
- Patienter med senhjerneskade
- Patienter med kroniske sygdomme med henvisning til de enkelte forløbsprogrammer
- Patienter med demens

Slettet: 3.2.3 Færdigbehandlet patient¶

Indarbejdelse af Sundhedsstyrelsens nye registreringsvejledning for færdigbehandlede patienter. Den nye definition lægger sig tæt op ad den uddybende sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet somatisk patient, som aftalparterne i Region Midtjylland vedtog at arbejde efter i første generations sundhedsaftale¶

3.3 Udviklingsområde – den ældre medicinske patient

I forbindelse med det igangsatte arbejde om det nære sundhedsvæsen er den ældre medicinske patient et kardinalpunkt.

Udvikling af kvaliteten af behandlings- og plejeforløb, der tilbydes den ældre medicinske patient, er et særligt udviklingsområde i sundhedsaftalen om indlæggelses- og udskrivelsesforløb. Sundhedskoordinationsudvalget opfordrer klyngerne til at iværksætte et styrket samarbejde, der kan understøtte behandling, træning, pleje og omsorg for den ældre medicinske patient.

Initiativer, der er med til at udvikle det nære sundhedsvæsen, er oplagte at arbejde med. Det er eksempelvis: Etablering af omsorgsordninger for ældre medicinske patienter, herunder f.eks. følge- og hente-hjemordninger, opfølgende hjemmebesøg eller midlertidige ophold i særligt tilrettelagte omsorgs- og plejetilbud. Derudover udgående teams, udvikling af patientforløb, adgang til geriatrisk rådgivning, velfærdsteknologiske løsninger som øget brug af telemedicin, samarbejde om datafangst og -anvendelse samt andre trykghedsskabende teknologier til understøttelse af det sammenhængende patientforløb.

Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb,

Slettet: Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb

Væsentligt for dette arbejde vil være belysning af de økonomiske finansieringsmodeller til understøttelse heraf. Området har fokus i denne aftaleperiode 2011-2014 og arbejdet igangsættes i efteråret 2010.

Slettet: Politisk aftale om indlæggelses- og udskrivelsesforløb

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|--|--|--|--|--|
| Indlæggelse | Undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og finde alternativer hertil | 95 % af alle indlæggelser er hensigtsmæssige | Afdækkes i 2013 via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) | Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse |
| | | Der kan registreres et fald i antallet af genindlæggelser i aftaleperioden | Halvårligt: Antal genindlæggelser opgøres på baggrund af analyser i E-sundhed. | Økonomi- og opfølgingsgruppen |
| | Inddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det | 95 % af patienter og pårørende oplever sig inddraget ved indlæggelsen | 2013 Afdækkes via spørgsmål i Landsundersøgelsen af patienttilfredshed (LUP): Primært: "I hvilket omfang blev du inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje" | Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse |
| | Indlæggelsen forberedes og planlægningen af udskrivelsen påbegyndes ved indlæggelsen – særligt fokus på den ældre medicinske patient | 95 % af en indlæggelse er forberedt af praktiserende læge og hjemmeplejen | 2013 Afdækkes via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) | Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse |
| 95 % af alle udskrivelser, hvor hjemmeplejen skal inddrages, er påbegyndt ved indlæggelsen | | 2013 Afdækkes via indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) | Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse | |

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-------------|--|--|--|--|
| Udskrivelse | Den velinformerede patient: Informere patienten om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen | 95 % af patienterne er informeret om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen | 2013 Afdækkes via spørgsmål i LUP: "Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse" "Hvordan vurderer du, at afdelingen orienterede din praktiserende læge om dit behandlingsforløb" | Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse |
| | <u>Parterne er enige om, at færdigbehandlede somatiske patienter principielt ikke er indlagte</u> | <u>Antallet af sengedage, som færdigbehandlede patienter optager på hospitalsafdelingerne i Region Midtjylland, skal monitoreres år for år</u> | Opgørelse pr. 2013 | Økonomi- og opfølgingsgruppen |
| | <u>De regninger, kommunerne modtager for færdigbehandlede patienter, er korrekte</u> | 95 pct. at de regninger kommunerne modtager på færdigbehandlede patienter skal være korrekte | Opgørelse pr. 2013 | Økonomi- og opfølgingsgruppen |

Slettet: Færdigbehandlede patienter

Formateret: Linjeafstand: enkelt

Politisk aftale om børn, unge og gravide

Region Midtjylland og kommunerne er enige om, at området for børn, unge og gravide skal have særligt fokus.

1. Formål

Formålet med delaftalen om børn, unge og gravide er at fremme sunde børn i sunde familier. Aftalen skal styrke det tværsektorielle samarbejde og fremme en sammenhængende og koordineret indsats på området.

2. Målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget følgende målsætninger for perioden 2011-2014:

- Sikre sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med normal fødsel
- Sikre sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med børn født for tidligt
- Sikre en sammenhængende indsats for reduktion af social ulighed herunder en indsats for sårbare gravide
 - Særlig indsats for gravide med et misbrug af rusmidler eller alkohol – (samarbejde om regionalt familieambulatorium)
 - Særlig indsats i forhold til systematisk opsporing og håndtering af udsatte gravide
- Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere, hvor indsatsen fortsætter efter fødslen.
- Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt

2.1 Udfoldelse af målsætninger

2.1.1 Sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med fødsel

Regionen har i 2009 omlagt barselsomsorgen. Førstegangsfødende tilbydes indlæggelse på [op til](#) 48 timer efter fødsel (der er ingen tvungen udskrivelse mellem kl. 21-07), mens fleregangsfødende tilbydes indlæggelse to til seks timer efter fødslen. Omlægningen har øget behovet for en sammenhængende indsats i forbindelse med udskrivning ved en normal fødsel. Derfor er der udarbejdet procedurer for udskrivelse i forbindelse med normal fødsel. Formålet er, at:

- Skabe sammenhæng og koordination i overgangen fra hospital til hjem
- Styrke familiedannelsen samt barnets trivsel
- Forebygge genindlæggelser

2.1.2 Sammenhængende forløb ved udskrivelse af for tidligt fødte børn

For tidligt fødte børn er mere sårbare end børn født til tiden og kan have en række fysiske, psykiske, sociale og sansemotoriske udfordringer. Endvidere har familier med for tidligt fødte børn oftere behov for omsorg og rådgivning. Hertil kommer, at socialt belastede gravide har en højere frekvens af for tidlige fødsler end ikke socialt belastede gravide.

Der er derfor udarbejdet procedurer i forbindelse med udskrivelse af for tidligt fødte børn, som skal sikre en sammenhængende koordineret indsats med en klar arbejds- og rollefordeling mellem sektorerne. Formålet er at sikre:

- At familien oplever sammenhæng i overgangen fra hospitalet til hjemmet
- At samarbejdet mellem sundhedsplejen og neonatalafdelingen styrkes
- At udviklingen og trivslen hos præmature børn og deres familier optimeres
- At genindlæggelser forebygges

2.1.3 Sammenhængende indsats for social lighed i sundhed herunder indsats for sårbare gravide

Social ulighed i sundhed begynder allerede ved fødslen og har betydning for graviditetens udfald. Børn fra socialt belastede familier har således en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbørnsdød. En række medicinske, psykologiske eller sociale problemstillinger kan yderligere medføre en øget risiko for komplikationer under graviditeten og familiedannelsen. Denne gruppe betegnes som sårbare gravide.

Indsatsen overfor sårbare gravide indebærer et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, da den gravides problemstillinger er af en kompleks karakter, og hvor der i mange tilfælde vil være behov for opfølgning efter fødslen.

Inden for aftaleperioden vil der blive udarbejdet tillægsaftaler for følgende prioriterede områder:

a) Opsporing og samarbejde om sårbare gravide

Med henblik på at sikre sammenhæng og koordination og en mere systematisk opsporing af sårbare gravide, udarbejder temagruppen for børn, unge og gravide inden for aftaleperioden en tillægsaftale, hvor arbejdsdelingen mellem kommuner, almen praksis og region beskrives.

b) Samarbejde om familieambulatorium

Region Midtjylland etablerer i 2010 et familieambulatorium, der yder rådgivning, omsorg og intervention i forhold til gravide med et misbrug af alkohol/andre rusmidler. Desuden skal familieambulatoriet følge børnene frem til skolealderen. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der udarbejder en tillægsaftale (3. kvartal 2010), hvor arbejdsdelingen mellem kommuner, almen praksis og region beskrives.

2.1.4 Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere, hvor indsatsen fortsætter efter fødslen

Tobaksrygning er en væsentlig årsag til komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel og har store konsekvenser for barnet. Tobaksrygning under graviditeten øger risikoen for lav fødselsvægt og for tidlig fødsel samt øget dødelighed. Spædbørn og småbørn, der udsættes for passiv rygning, har tillige større risiko for at dø af vuggedød og udvikle luftvejsinfektioner.

Temagruppen for børn, unge og gravide udarbejder inden for aftaleperioden en tillægsaftale vedr. en fælles tværsektoriel strategi for en sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere og deres familier, hvor indsatsen fortsætter efter fødslen (sammenhæng i rygestop-behandling).

2.1.5 Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt

Overvægt hos gravide medfører en betydelig øget risiko for komplikationer for mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel. Barnet har endvidere på længere sigt øget risiko for udvikling af overvægt. Indsatsen for forebyggelse af overvægt går i høj grad på tværs af sektorgrænserne. Temagruppen for børn, unge og gravide udarbejder inden for aftaleperioden en tillægsaftale vedrørende en fælles strategi for en sammenhængende forebyggelsesindsats overfor familier med overvægt.

3. Særlige initiativer

3.1 Forældrevejledninger

For at forebygge indlæggelser på børneafdelingerne og for at give ensartede vejledninger når forældre er i kontakt med sundhedsplejersker, praktiserende læger, vagtlæger og personalet på børneafdelinger, er der udarbejdet forældrevejledninger på 22 sygdomsområder.

3.2 Sundhedsplejersketelefonen

Sundhedsplejersketelefonen er en fælles telefonrådgivning, som småbørnsforældre kan kontakte, hvis der opstår akutte problemer, hvor der er behov for vejledning og rådgivning af en sundhedsplejerske.

Sundhedsplejersketelefonen har i den foregående periode kørt på forsøgsbasis. Evalueringen af projektet har bl.a. vist stor brugertilfredshed, hvorfor tilbuddet gøres permanent.

Udgiften til sundhedsplejersketelefonen deles ligeligt mellem Region Midtjylland (50 %) og kommunerne (50 %). Kommunerne deler udgiften efter fødselstallet.

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Deleaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-----------------------|--|---|---|--|
| Børn, unge og gravide | Sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med en normal fødsel | Etablering af barselsambulatorier /-afdelinger ved de fødesteder i Region Midtjylland, hvor det endnu ikke er etableret. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omfanget af etablering af regionale barselsambulatorier | Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | | 80 % af alle fødende skal have besøg eller kontaktes af sundhedsplejerske inden en uge efter udskrivelse | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. kvartal 2012 ▪ Omfanget af sundhedsplejerskebesøg og kontakter inden for en uge efter udskrivelse (datatræk fra kommunale journaler/evt. spørgeskemaundersøgelse) | Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | | Bedre sammenhæng i forløb og god trivsel (herunder amning) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. kvartal 2012 ▪ Antal genindlæggelser efter fødslen ▪ Ammefrekvens ▪ Eventuel måling af forældreopfattelsen af sammenhængen mellem hospitalsindsats og sundhedsplejen. ▪ Tværsektoriel statusmøde | Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | Sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med for tidligt fødte | Bedre sammenhæng i forløb og god trivsel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. kvartal 2012 ▪ Tværsektorielle statusmøder, hvor fagpersoner vurderer indsatsen ▪ Udviklingen i genindlæggelser | Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | Sammenhængende indsats for reduktion af social ulighed: indsats for sårbare gravide: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Særlig indsats for gravide med et misbrug af rusmidler eller alkohol i forbindelse med etableringen af et regionalt familieambulatorium i 2010 ▪ Særlig indsats i forhold til systematisk opsporing og håndtering af udsatte gravide | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tillægsaftale vedr. tværsektorielle samarbejde omkring familieambulatoriet ▪ Tillægsaftale om opsporing og håndtering af sårbare gravide | Tillægsaftale vedr. tværsektorielle samarbejde omkring familieambulatoriet skal være udarbejdet (3. kvartal 2010) Tillægsaftale om opsporing og håndtering af sårbare gravide skal være udarbejdet (2. kvartal 2012) | Arbejdsgruppe vedr. familieambulatorium Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for gravide rygere, hvor indsatsen følges op efter fødslen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Udarbejdelse af fælles strategi, herunder kortlægning af kommunale og regionale rygestoptilbud til gravide og deres familier | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. kvartal 2012 ▪ Kortlægning og strategi er udarbejdet | Temagruppen for børn, unge og gravide |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats for familier med overvægt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortlægning af regionale og kommunale tilbud til børn med overvægt og gravide med overvægt ▪ Fælles strategi for sammenhængende forebyggelsesindsats overfor familier med overvægt | 2. kvartal 2012 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kortlægningerne er udarbejdet ▪ Strategierne er udarbejdet | Temagruppen for børn, unge og gravide |

Politisk aftale om træningsområdet

1. Formål

De overordnede formål med delaftalen om træning er:

- At sikre effektive og sammenhængende genoptræningsforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid for de patienter, som efter en hospitalsindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov herfor
- At sikre grundlaget for borgerens frie valg af genoptræningssted

På træningsområdet har kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for ambulante genoptræning efter udskrivelse.

Hospitalet udfører den specialiserede ambulante genoptræning samt genoptræning under indlæggelse. Det er hospitalslægerne, der lægefagligt vurderer borgernes behov for genoptræning efter endt hospitalsbehandling ved at udarbejde en genoptræningsplan, som udleveres til patienten og fremsendes til kommunen ved udskrivelse.

Kommunerne finansierer 100 % af den specialiserede ambulante genoptræning samt 70 % af genoptræning under indlæggelse. Kommunernes styringsmuligheder er derfor begrænsede.

2. Målsætninger

Formålet er, at genoptræning gives med udgangspunkt i faglig kvalitet og med det mål at skabe bedst mulig klinisk effekt for patienten.

Sundhedskoordinationsudvalget har for perioden 2011-2014 udpeget følgende målsætninger for delaftalen om træning:

- Aktivitetsniveauet på træningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland svarer til landsgennemsnittet. Såfremt der er afvigelser, analyseres disse med henblik på at vurdere, begrunde og eventuelt udjævne forskelle. Der måles på:
 - Antal genoptræningsplaner
 - Udgifterne til specialiseret ambulante genoptræning
 - Andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner
 - Udgifterne til genoptræning under indlæggelse
 - Forskellene mellem kommunerne i forhold til antal genoptræningsplaner
- Genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende således, at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulante genoptræning
 - Temagrupper vedr. træning har mulighed for at følge kvalitet og udvikling af genoptræningsplanerne bl.a. via auditering. Temagrupperne udarbejder et koncept for "Den gode genoptræningsplan"
- Sikring af udvikling på træningsområdet og fastholdelse af samarbejdet sektorerne imellem

Slettet: i Region Midtjylland reduceres

- Årlig revidering af snitfladekataloget
- Genoptræningsforløbsbeskrivelser
- Arbejde med genoptræning versus rehabilitering
- Fokus på elektronisk kommunikation
- Fokus på børneområdet

Slettet: Operationalisering af og opfølgning på de udpegede målsætninger håndteres i opfølgingsafsnittet. ¶

3. Ansvars- og opgavefordeling ¶

På træningsområdet har kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for den almindelige ambulante genoptræning efter udskrivelse. ¶

¶ Hospitalerne udfører den specialiserede ambulante genoptræning samt genoptræning under indlæggelse. Det er hospitalslægerne, der lægefagligt vurderer borgernes behov for genoptræning efter endt hospitalsbehandling ved at udarbejde en genoptræningsplan. ¶

¶ Kommunerne finansierer 100 % af den specialiserede ambulante genoptræning samt 70 % af genoptræning under indlæggelse. Kommunernes styringsmuligheder er derfor begrænsede. ¶

Slettet: 4. Værdier ¶

Følgende værdier danner grundlag for det gode træningsforløb: ¶

<#>Patienten og de pårørende inddrages, hvis patienten ønsker det ¶

<#>Kontinuitet i træningsforløbet således at patienten ikke oplever sektorovergange ¶

<#>Genoptræningsplanen udarbejdes sammen med patienten, hvis der er et lægefagligt vurderet behov for træning efter hospitalsbehandling ¶

<#>Der lægges en lægefaglig vurdering til grund for valg af typen af træning, enten specialiseret ambulante genoptræning, almindelig ambulante genoptræning eller egentræning ¶

<#>God kommunikation og koordinering mellem de involverede parter ¶

<#>Korrekt registrering og dokumentation af genoptræningsaktiviteten, såvel under indlæggelse som ¶

3. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-----------|--|--|---|--|
| Træning | Aktivitetsniveauet på genoptræningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland svarer til landsgennemsnittet. Såfremt der er afvigelser, analyseres disse mhp. at vurdere, begrunde og eventuelt udjævne forskelle | <ul style="list-style-type: none"> Antal genoptræningsplaner pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan. Dette gælder for både almindelig og specialiseret ambulans genoptræning Udgifterne til specialiseret ambulans genoptræning pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan Andelen af specialiseret ambulans genoptræningsplaner i forhold til samtlige genoptræningsplaner er på samme niveau som på landsplan Udgifterne til genoptræning under indlæggelse pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i Region Midtjylland er på samme niveau som på landsplan Forskellene mellem kommunerne i forhold til antal genoptræningsplaner i Region Midtjylland reduceres | <p>Målemetode: Følgende nøgletal udarbejdes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antal genoptræningsplaner (her laves en opdeling i almindelig og specialiseret genoptræning) Udgifter til specialiseret ambulans genoptræning Udgifter til genoptræning under indlæggelse Udgifter til almindelig ambulans genoptræning Ventetid på genoptræning <p>De to sidstnævnte nøgletal findes der ikke på nuværende tidspunkt opgørelser over, men der startes en proces for at finde brugbare data. Herefter opstilles målsætninger</p> <p>Niveauet for den enkelte kommune belyses ved at standardisere tallene, og der sammenlignes med "andre kommuner i Region Midtjylland", "hele regionen" og "hele landet"</p> <p>Tidspunkt: Halvårlige opgørelser</p> | <p>Temagruppen vedr. træning</p> <p>Økonomi- og opfølgningsgruppen</p> |
| | Genoptræningsplanerne skal være udfyldt fyldestgørende således, at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulans genoptræning | De nævnte initiativer igangsættes som planlagt | <ul style="list-style-type: none"> Udarbejdelse af koncept for "Den gode genoptræningsplan" senest primo 2011 | Temagruppen vedr. træning |
| | Sikring af udvikling på genoptræningsområdet og fastholdelse af samarbejdet sektorerne i mellem | De nævnte initiativer igangsættes som planlagt | <ul style="list-style-type: none"> Revidering af snitfladekataloget årligt Udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelser påbegyndes i 2012 Arbejde med genoptræning versus rehabilitering, f.eks. på kræftområdet i 2011 Børneområdet er et indsatsområde Elektronisk kommunikation er et indsatsområde | Temagruppen vedr. træning |

Slettet: 11

Slettet: 12

Politisk aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

1. Formål

Formålet med delaftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler er at præcisere og håndtere arbejdsdeling og dialog mellem region og kommuner samt ansvarsplacering i forhold til tilvejebringelse, udlevering, finansiering, styring af kapacitet mv. af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Som en udmøntning af sundhedsaftalen for behandlingsredskaber og hjælpemidler har Region Midtjylland og alle 19 kommuner i regionen udarbejdet et vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber. [Afklaringskataloget er først og fremmest udarbejdet til afklaring af ansvarsfordelingen mellem region og kommune for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler.](#)

2. Målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har for aftaleperioden 2011-2014 udpeget følgende målsætninger for aftalen om behandlingsredskaber og hjælpemidler:

- Etablering af en lokal samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber med henblik på at sikre implementering af og opfølgning på aftalen
- Indførelse af standardiserede hjælpemiddelpakker til udvalgte udskrivelsesforløb, som kan sikre en hurtig og smidig indsats

Slettet: Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger håndteres i opfølgningsafsnittet. ¶

3. Værdier for at sikre det gode samarbejde om hjælpemidler og behandlingsredskaber ¶

Følgende værdier på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler har til formål at understøtte det gode samarbejde mellem kommuner og hospitaler imellem: ¶

Princippet om det sammenhængende patientforløb: ¶

Der skal være så gnidningsfrie "overleveringsforretninger" mellem sektorerne som muligt. Dette princip viger ikke fra rent juridiske vurderinger af, hvornår henholdsvis kommune/region skal levere hjælpemiddel/behandlingsredskabet. ¶

Gensidig respekt: ¶

Der skal være gensidig respekt om den anden sektors faglige vurdering af patientens/borgerens behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber. ¶

Hensyn til serviceniveau: ¶

Det er vigtigt ikke at love borgere/patienter udlån af hjælpemidler/behandlingsredskaber på vegne af en anden sektor, idet der tages hensyn til regionens og den enkelte kommunes serviceniveau. ¶

Initiativpligten: ¶

Som udgangspunkt skal borgeren ikke komme i klemme mellem to sektorer. Opstår der tvivl om, hvem der skal udlåne et nødvendigt hjælpemiddel/behandlingsredskab til en borger, udlånes hjælpemiddel/behandlingsredskabet derfor af den sektor, som har kontakten med borgeren. Tvivlen må derefter søges afklaret sektorerne imellem. ¶

3. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| Hjælpemidler og behandlingsredskaber | Etablering af lokal samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber med henblik på at sikre implementering af og opfølgning på aftalen | Samarbejdsstruktur på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber er etableret i alle klynger | Ultimo 2011 | Temagruppen for hjælpemidler og behandlingsredskaber |
| | Indførelse af standardiserede hjælpemiddelpakker til udvalgte udskrivelsesforløb som kan sikre en hurtig og smidig indsats | Beskrivelse af udvalgte udskrivelsesforløb udarbejdes | Beskrivelser er udarbejdet af det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet inden 1. januar 2012 | Temagruppen for hjælpemidler og behandlingsredskaber |
| | | Beskrivelse af hjælpemiddelpakker udarbejdes | | |
| | Der opnås kommunal og regional enighed om udvalgte udskrivelsesforløb og hjælpemiddelpakker | Beskrivelserne godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget medio 2012 | | |

Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

1. Formål

Formålet med delaftalen om sundhedsfremme og forebyggelse er at forbedre folkesundheden i Region Midtjylland og skabe sammenhængende forløb for den enkelte patient med fokus på patientens ressourcer, behov og vilkår.

Sundhedsfremmeaspektet skal inddrages i borgernes kontakter med hospital, kommune eller almen praksis. Der er derfor fokus på at skabe rammer, der bidrager til at mobilisere den enkelte patient/borgers ressourcer og handlekompetence, inddrage patientens/borgerens netværk samt tage højde for patienten/borgerens socioøkonomiske vilkår.

I denne sundhedsaftale sættes der særligt fokus på arbejdet med udvikling og implementering af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk og langvarig sygdom. Et fokus, der understøttes af, at det er aftalt mellem region og kommuner, at kronikerindsatsen er et særligt evalueringsområde i 2010. [Indenrigs- og Sundhedsministeriet har til og med 2012 afsat midler til understøttelse af implementering af forløbsprogrammer i regioner og kommuner.](#)

[En beskrivelse af de enkelte forløbsprogrammer kan findes i den administrative aftale og på: http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom.](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom)

2. Målsætninger

- **Forbedre folkesundheden i Region Midtjylland**

I forhold til denne meget overordnede målsætning er der udpeget tre konkrete målepunkter, der hver især er indikator på udviklingen i folkesundheden i regionen. Målepunkterne opgøres på baggrund af den regionale sundhedsprofil 'Hvordan Har Du Det', der gennemføres hvert fjerde år.

Konkrete mål:

- Stigning i andel, der selv vurderer, at de har et godt helbred, til 90 % i 2013. I 2006 var andelen 88 %
- Fald i andel daglige rygere til 20 % i 2013. I 2006 var andelen 25 %
- Stigning i andel, der er fysisk aktive dagligt, til 40 % i 2013. I 2006 var andelen 35 %

- **Forbedre indsatsen for mennesker med kroniske sygdomme**

Konkrete mål:

Slettet: Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

- De tre udviklede forløbsprogrammer: [Kronisk Obstruktiv Lungesygdom \(KOL\)](#), Type 2 Diabetes samt Akut Koronart Syndrom (AKS) implementeres inden udgangen af 2012
- Positiv udvikling i den patientoplevede sammenhæng i forløbene under forløbsprogrammerne på tværs af sektorgrænser
- Øget andel af patienter, der tilbydes årskontrol inden for de tre udviklede forløbsprogrammer
- [Stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis til kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, der kan tilgås via \[www.praksis.dk\]\(http://www.praksis.dk\)](#)
- Tværsektorielle initiativer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne (KOL, Type 2 Diabetes samt Akut Koronart Syndrom (AKS)), er igangsat i alle klynger inden udgangen af 2013
- Udarbejde yderligere to forløbsprogrammer inden udgangen af 2013

Slettet: Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger håndteres i opfølgingsafsnittet. ¶

3. Indsatsområder

Region og kommuner er enige om, at følgende indsatsområder skal have særlig opmærksomhed i den kommende aftaleperiode:

3.1 Sammenhængende tilbud i forhold til KRAM-faktorerne

Forebyggelse i forhold til KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion) er af afgørende betydning for folkesundheden. Der er i denne aftale særligt fokus på at indgå aftaler, der skaber sammenhæng i forebyggelse på tværs af sektorgrænser. Indsatsen i forhold til rygestop har højeste prioritet i aftaleperioden.

3.2 Mennesker med kronisk sygdom

Sundheden og livskvaliteten for mennesker med kronisk sygdom skal optimeres ved at styrke den samlede indsats gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings-, rehabiliterings- og sundhedsfremmeindsats. Samtidig er det et mål i videst muligt omfang at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår, og forebygge yderligere sygdomme i at opstå.

[Parterne har udarbejdet forløbsprogrammer for Type 2 Diabetes, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom \(KOL\), og Akut Koronart Syndrom \(AKS\) og igangsat udarbejdelse af et forløbsprogram for muskel- og skeletlidelser. Der indgås lokale aftaler om implementeringen og opgavedelingen i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne.](#)

3.3 Social lighed i sundhed

Arbejdet for at reducere social ulighed i sundhed er en stor udfordring. Region og kommuner har særligt fokus på fortsat udvikling af socialt differentierede og specielle tilbud samt fortsat kvalificering af arbejdet med [at målrette tilbuddene, tiltrække den relevante målgruppe og fastholde dem i forløbene.](#)

Slettet: opsporing, rekruttering og fastholdelse.

Slettet: Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

3.4 Udviklingsområder

Ud over de nævnte indsatsområder indeholder aftalen en række udviklingsområder, som [Temagrupperne vedrørende Sundhedsfremme og Forebyggelse](#) kan beskæftige sig med. Det drejer sig om sammenhængende indsats i forhold til:

Slettet: det Regionale Råd for

- Mennesker med overvægt
- Den ældre medicinske patient
- Mennesker med alkoholmisbrug
- Social lighed i sundhed – herunder etniske minoriteter
- Mental sundhed
- Forløbsprogrammer, f.eks. depression
- Mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Deaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| Sundhedsfremme og forebyggelse | Forbedre folkesundheden i regionen | Stigning i andel der selv vurderer, at de har et godt helbred til 90 %. I 2006 vurderede 88 %, at de havde et godt helbred (Hvordan har du det?) | Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål B1) Ultimo 2010 + ultimo 2013 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Fald i andel daglige rygere til 20 %. I 2006 var der 25 % daglige rygere (Hvordan har du det?) | Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål I1) Ultimo 2010 + ultimo 2013 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Stigning i andel, der er fysisk aktive dagligt til 40 %. I 2006 var 35 % dagligt fysisk aktive i mindst 30. min. (Hvordan har du det?) | Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål L1) Ultimo 2010 + ultimo 2013 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | Forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom | Patientens oplevelse af sammenhæng i forløb. Baseline 2010 | Redskab udviklet af Center for Kvalitetsudvikling. Tidspunkt: Start 2011 – afslut 2012 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Andel af patienter, der tilbydes årskontroller inden for de tre forløbsprogrammer (KOL, hjertekar og diabetes). Baseline 2010 | Opgøres årligt på baggrund af baseline 2010 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis til kommunale tilbud | Registrering påbegyndes i kommunerne primo 2011 | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Tværsæktorielle initiativer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne er igangsat i alle klynger inden udgangen af 2013 | Opsamles på klyngestyregruppemøder | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |
| | | Udarbejdelse af forløbsprogrammer | 2013: To yderligere forløbsprogrammer er udarbejdet og politisk godkendt | Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse |

Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Region Midtjylland og kommunerne er enige om, at der formuleres to selvstændige delaftaler på psykiatriområdet:

- Aftale om børne- og ungdomspsykiatri
- Aftale om voksenpsykiatri

1. Formål

- At sikre effektive og sammenhængende patientforløb for de mennesker med psykisk sygdom, som både har behov for et psykiatrisk behandlingstilbud (herunder også tilbud fra praksissektoren) og for kommunale tilbud, som kan være sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritidstilbud mv.
- At sikre, at børn, der vokser op i en familie med forældre med psykisk sygdom, får en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder

2. Målsætninger

2.1 På området for børne- og ungdomspsykiatri:

Antallet af henvisninger og ventetid til udredning på Børne- og ungdomspsykiatrisk Center (BUC) er i kraftig stigning. Samtidig modtager BUC et antal henvisninger, som må afvises, fordi det ikke er muligt at identificere en psykiatrisk problemstilling i det beskrevne. Det resulterer i unødigt ekstraarbejde for alle parter i systemet.

Derfor vil parterne:

- Kvalificere henvisningsforløbet og henvisningerne til BUC ved, at:
 - Der internt i kommunerne etableres procedurer, der sikrer, at alle relevante kommunale indsatser er overvejet/afprøvet før en henvisning. Disse dokumenteres i henvisningen fra praktiserende læge/kommune
 - Der sker øget inddragelse af praktiserende læger, f.eks. gennem deltagelse af kommunale og regionale praksiskonsulenter på klyngemøder
 - Der udarbejdes modeller i klyngerne for samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, kommuner og praktiserende læge, f.eks. via fremskudt team, tværgående visitationsteam el.lign.

Det øgede fokus på samarbejde i henvisningsforløbet medfører et fald i antallet af afviste henvisninger.

2.2 På området for voksenpsykiatri:

- Styrke en sammenhængende og koordineret tværsektoriel indsats for borgere med psykisk sygdom

Slettet: Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

- Forebygge akutte indlæggelser på u hensigtsmæssige tidspunkter, af patienter, der er kendt i regionspsykiatri og kommuner
- Styrke det tværsektorielle samarbejde for de patienter, der har størst risiko for at droppe ud af behandling og sociale tilbud
- Fremme sundhed og trivsel blandt borgere med psykisk sygdom gennem nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med sindslidelser

Slettet: af u hensigtsmæssige indlæggelser

3. Indsatsområder

- Øget patient-/pårørendetilfredshed
- Håndtering af flere psykisk syge i den primære sektor
- Bedre sammenhæng mellem regionspsykiatri og arbejdsmarkedsindsats
- Patienter med oligofreni (udviklingshæmmede med psykisk sygdom) og patienter med demens

Slettet: Operationalisering og opfølgning af de udpegede målsætninger beskrives nærmere i opfølgningsafsnittet.

Slettet: <#>Forløbsprogram for depression

Slettet: Værdier for samarbejdet

Det er vigtigt at sikre **sammenhæng og kvalitet i indsatsen** for mennesker med psykisk sygdom, der både har behov for behandling i almen praksis, psykiatrisk behandling og social indsats. Samarbejdet tager udgangspunkt i en **gensidig respekt for parternes forskellige myndighedsområde og visitationskompetence**. Grundlaget for samarbejdet er følgende værdier:

• **Parterne koordinerer indsatsen i respekt for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse** – herunder om muligt at inddrage pårørende i overensstemmelse med den enkeltes ønsker

• Det er en forudsætning, at **mennesker med psykisk sygdom giver sit samtykke til den ønskede udveksling af oplysninger**. For mennesker, der ikke er i stand til selv at give et habilt samtykke, skal samtykket gives af en stedfortræder (pårørende eller værge)

• Det er i alle sammenhænge i mødet med mennesker med psykisk sygdom et mål at **motivere og støtte vedkommende til at tage størst muligt ansvar for beslutninger, egenomsorg og behandling**. Jo større ansvar den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side

• Forløbet skal tilrettelægges på en sådan måde, at

Slettet: Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|----------------------------|---|---|--|--|
| Børne- og ungdomspsykiatri | Kvalificering af henvisningsforløbet og af henvisninger | At der internt i kommunerne etableres procedurer for at sikre, at alle relevante kommunale indsatser er overvejet/afprøvet før en henvisning | Opfølgning på klyngemøder Evt. audit på henvisninger | Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri |
| | | Den kommunale indsats/ overvejelser inden en henvisning skal dokumenteres i henvisningen | | |
| | | Øget inddragelse af praktiserende læger, f.eks. gennem deltagelse af kommunale og regionale praksiskon-sulenter på klyngemøder | Opfølgning på klyngemøder | Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri |
| | | Der udvikles modeller for at bedre samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (Region Midtjylland), kommuner og praktiserende læge, f.eks. via fremskudt team, tværgående visitationsteam el.lign. Kvalificering af henvisninger fra praktiserende læger | | Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri |
| | | Fald i antallet af afviste henvisninger | Analyse af de afviste henvisninger mht. kommunefordeling, henviser, indhold etc. Evt. via af audit | Temagruppen for Børne- og ungdomspsykiatri |

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-----------------|--|--|---|--|
| Voksenpsykiatri | At styrke en sammenhængende og koordineret tværsektoriel indsats for borgere med psykisk sygdom (effekt). Heri indgår forebyggelse af akutte indlæggelser på uhensigtsmæssige tidspunkter af patienter, der er kendt i regionspsykiatri og kommuner, og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde for de patienter, der har størst risiko for at droppe ud af behandling og sociale tilbud | Fald i antal færdigbehandlede patienter/forbrugte senge-dag af færdigbehandlede patienter Fald i antal forbrugte senge-dage af færdigbehandlede patienter | Årlig opfølgning i klyngerne | Temagruppen for voksenpsykiatri |
| | | Udarbejdelse af flere udskrivelsesaf-taler og koordinationsplaner og, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger | Årlig opfølgning i klyngerne Audit ift. effekt – virker de? | Temagruppen for voksenpsykiatri |
| | | Forebygge akutte indlæggelser på uhensigtsmæssige tidspunkter (week-ender og efter kl. 16 på hverdage) af patienter, der er kendt i regionspsykiatri og kommuner | Årlig opfølgning i klynger – sker alle-rede | Temagruppen for voksenpsykiatri |
| | | Fremme sundhed og trivsel blandt borgere med psykisk sygdom (indsatsområder) gennem nedbringelse af overdødelighe- | Igangsættelse minimum 1 tværsektorielt projekt i klyngen til at fremme sundhed og trivsel med henblik på at | Iværksættelse og evaluering af disse tiltag indenfor sundhedsaftaleperi-oden (status primo 2013) |

Slettet: uhensigtsmæssige indlæggelser

Slettet: udskrivelsesaf-taler

Formateret: Linjeafstand: Mindst 0 pkt.

Slettet: Fald i antal akutte uhensigtsmæssige indlæg-gelser, som sker i weeken-der og efter kl. 16 på hver-dage.

Slettet: Politisk aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | den blandt mennesker med psykiske lidelser | mindske overdødeligheden blandt mennesker med sindslidelser | | |
|--|--|---|--|--|

Politisk aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

1. Formål

Den kommunale sundhedssektor, det præhospitale område, apoteksansatte og praksissektoren er som noget nyt forpligtigede til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (§ 198 i Sundhedsloven). Formålet med denne delaftale er at sikre registrering og opfølgning på utilsigtede hændelser i overgange mellem sektorer.

[Finansiering via økonomiforhandlinger med regeringen kan udskyde implementeringen af enkelte elementer i denne delaftale.](#)

1.1. Definition: Utilsigtet hændelse

Utilsigtede hændelser er hændelser, der

- Ikke skyldes patientens sygdom
- Er skadevoldende eller kunne have været det
- Forekommer i forbindelse med behandling/sundhedsfaglig virksomhed *eller*
- Forekommer i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (primært med henblik på apotekerne)

Aftalen håndterer to typer af utilsigtede hændelser, der relaterer sig til sektorovergange:

- Den utilsigtede hændelse er opstået i **samarbejdet**, hvor begge sektorer/parter er involveret, og rapporteret af en af parterne. Hændelsen er af sådan en karakter, at den umiddelbart kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden i begge sektorer/parter
- Den utilsigtede hændelse er rapporteret af en af sektorerne/parterne, som er blevet opmærksom på **en utilsigtet hændelse hos den anden sektor/part**. Hændelsen er af en sådan karakter, at den umiddelbart kun kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden hos denne part/sektor

Slettet: begået af

2. Målsætninger

2.1 Overordnede målsætninger:

- At forbedre patientsikkerheden gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange
- At bidrage til en styrkelse af regionens og kommunernes forebyggende initiativer med henblik på at forbedre patientsikkerheden

2.2 Konkrete mål for denne sundhedsaftaleperiode

For nærværende sundhedsaftaleperiode er målet at etablere et **Tværasektorielt Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange**, der muliggør:

- Systematisk registrering af utilsigtede hændelser, der forekommer i sektorovergange
- Dybdegående analyse
- Videndeling:
 - Læring
 - Igangsættelse af forebyggende initiativer i kommuner og i region
- Opfølgning
- Evaluering af såvel samarbejdsstrukturen som de iværksatte initiativer

3. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-----------------------|--|---|---|---|
| Utilsigtede hændelser | Forbedring af patientsikkerheden i sektorovergange hos alle relevante parter i det samlede sundhedsvæsen | Etablering af et tværsektorielt netværk vedr. utilsigtede hændelser | Det tværsektorielle netværk skal afholde første møde i første halvdel af 2011 | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | | Det tværsektorielle netværk evalueres i 2013 på, om netværket er i stand til at levere de ydelser og effekter, netværket er sat i verden til. | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | Der sker en systematisk registrering og analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergange | Det tværsektorielle netværk registrerer, at antallet af indberettede utilsigtede hændelser er i stigning i nærværende sundhedsaftaleperiode. | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | | Det tværsektorielle netværk laver aggregerede analyser på baggrund af indberetninger til Dansk PatientSikkerheds Database | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | | Der nedsættes ad hoc-analysegrupper ved alvorlige utilsigtede hændelser i sektorovergange. Dette registreres ved, at det tværsektorielle netværk delagtiggøres heri | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | Der sker læring af utilsigtede hændelser, som sker i sektorovergange, ved igangsættelse af forebyggende initiativer både i fællesskab og hos den enkelte part | Det tværsektorielle netværk delagtiggøres i analyseresultater og forebyggende initiativer fra <u>Utilsigtede Hændelser i sektorovergange</u> . | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | | | Det tværsektorielle netværk afrapporterer til Sundhedskoordinationsudvalget og klyngestyregrupperne | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange |
| | Der iværksættes forebyggende initiativer hos de enkelte parter. Disse beskrives i afrapporteringen | Temagruppen for utilsigtede hændelser i sektorovergange | | |

Politisk aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Aftalen er under udarbejdelse.

Politisk aftale om Økonomi og Opfølgning

1. Formål

Denne delaftale sikrer, at der løbende følges op på samarbejdet og indholdet af den samlede sundhedsaftale. Dette gælder såvel i forhold til opfølgningen på de politisk udpegede målsætninger for delområderne samt for den mere generelle økonomiopfølgning i forhold til samarbejdet på sundhedsområdet.

Delaftalen klarlægger den organisatoriske struktur, der understøtter opfølgningen. Dette gælder såvel den centrale opfølgning, der foretages af de enkelte temagrupper i samarbejde med temagruppen for Økonomi og Opfølgning, og den lokale opfølgning, der foretages i klyngerne.

2. Målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget har som ovenfor beskrevet udpeget målsætninger inden for de enkelte delområder i sundhedsaftalen. Opfølgning herpå håndteres i nærværende delaftale.

Derudover er der for delaftalen om økonomi og opfølgning udpeget følgende målsætninger:

- At der skal være et øget fokus på opgaveoverdragelse
- At have en forbedret dataunderstøttelse og øget brug af tilgængelige data

2.1 Operationalisering og opfølgning på de politiske målsætninger i de enkelte delaftaler

Alle målsætninger, succeskriterier og målemetoder for de enkelte delaftaler er samlet i et skema under punkt 4 i bilaget. Den enkelte temagruppe er i samarbejde med Temagruppen for Økonomi og Opfølgning ansvarlig for, at opfølgningen sker og, at den bliver videreformidlet til Sundhedsstyregruppen, Sundhedskoordinationsudvalget og klyngerne.

Opfølgningen vil ske ved statusopgørelser og afrapportering:

- **Statusopgørelse:** Temagrupperne udarbejder en statusopgørelse, der indikerer, hvor langt man er nået på de enkelte områder i henhold til de politiske målsætninger. Økonomi- og opfølgningsgruppen samler statusopgørelserne og videreformidler til relevante fora
- **Afrapportering:** Temagrupperne udarbejder en større evaluering af, hvor langt man er nået i henhold til de politiske målsætninger. Rapporten er stilet dels mod Sundhedskoordinationsudvalget og dels mod de enkelte klyngestyregrupper. Evalueringen sker ved, at de enkelte temagrupper leverer data til en samlet evaluering, som foretages af Temagruppen for Økonomi- og Opfølgning

Statusopgørelserne og afrapporteringen vil ske ud fra følgende tidsplan:

- 2. kvartal 2012: Statusopgørelse for 2011
- 2. kvartal 2013: Afrapportering for 2011-2012
- 2. kvartal 2014: Statusopgørelse 2013

3. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|-----------|--|--|---|---------------------------------------|
| Økonomi | Øget fokus på opgaveoverdragelse | Der udarbejdes vurderinger (mini Medicinsk Teknologi Vurdering) af de sandsynlige konsekvenser af større strukturændringer, organisationstilpasninger og introduktion af nye behandlingstilbud heraf | 2013 - Antal vurderinger udarbejdet - Er behovet opfyldt? | Temagruppen for Økonomi og Opfølgning |
| | Forbedring af dataunderstøttelse og øget brug af tilgængelige data | Tværasektorielle kurser i e-sundhed og KØS med henblik på øget viden om adgang til data på tværs af sektorer | Der er gennemført tværasektorielle kurser i e-sundhed og KØS - der afholdes minimum 2 kurser i 2011 | Temagruppen for Økonomi og Opfølgning |

Yderligere aftaleområder

1. Formål

Dette kapitel samler op på de særlige tværgående områder, som praksisområdet, kommunerne og Region Midtjylland enten har indgået aftaler om eller vil indgå tillægsaftaler om i løbet af nærværende aftaleperiode. Nedenfor beskrives aftalerne og de målsætninger, som Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget.

I bilaget til denne aftale kan mere detaljerede beskrivelser af ansvar og organisering findes.

2. Aftale på hjerneskadeområdet

I aftaleperioden 2011-2014 udarbejdes en aftale mellem kommuner og region. Aftalen vil have fokus på overgange mellem primær og sekundær sektor.

Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget følgende målsætning for området:

- Fortsat udvikling og sikring af kompetenceudvikling hos det kommunale frontpersonale, der arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade

3. "Det gode elektroniske patientforløb" – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler

Region og Kommuner har udarbejdet en plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler. Planen indeholder blandt andet tids og handleplan for udrulning heraf.

Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget følgende målsætning for området:

- Overholdelse af tids- og handleplan

4. Organisering og koordinering på tandplejeområdet

Kommuner, region og privatpraksis har et delt ansvar på tandplejeområdet. Der er derfor behov for koordinering mellem sektorerne specielt i forhold til specialtandpleje og regionstandpleje. Region Midtjylland, kommunerne og privat praksis er derfor organiseret i tværsektorielle samarbejdsudvalg, der tager højde for de problematikker, som det delte ansvar fordrer.

5. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|---------------------|--|--|---|---------------------|
| Hjerneskedesområdet | Fortsat udvikling og sikring af kompetenceudvikling hos det kommunale frontpersonale, der arbejder med brugere med erhvervet hjerneske | Frontpersonalet fra alle kommuner i Region Midtjylland deltager i kompetenceudviklende kurser, som blandt andet udbydes af Regionshospitalet Hammel Neurocenter | I 2013 opgøres hvor mange deltagere, der har været på kurserne fra de enkelte kommuner. Herefter opgøres antallet af deltagere hvert andet år | Hjerneskedesområdet |

| Delaftale | Målsætning | Succeskriterium | Målemetode og tidspunkt | Ansvarlig |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Elektronisk kommunikation | Overholdelse af tids- og handleplan i "Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler" | Tids- og handleplanen følges i alle klynger | 2013 <ul style="list-style-type: none"> Teknisk implementering registreres via overvågning af MedCom trafik Organisatorisk implementering registreres via procesmål | Temagruppen for elektronisk kommunikation |

4. Værdier

Følgende værdier danner grundlag for det gode træningsforløb:

Patienten og de pårørende inddrages, hvis patienten ønsker det

Kontinuitet i træningsforløbet således at patienten ikke oplever sektorovergange

Genoptræningsplanen udarbejdes sammen med patienten, hvis der er et lægefagligt vurderet behov for træning efter hospitalsbehandling

Der lægges en lægefaglig vurdering til grund for valg af typen af træning, enten specialiseret ambulant genoptræning, almindelig ambulant genoptræning eller egentræning

God kommunikation og koordinering mellem de involverede parter

Korrekt registrering og dokumentation af genoptræningsaktiviteten, såvel under indlæggelse som i det ambulante forløb i hospitalsregi samt i det ambulante forløb i kommunalt regi og hos private leverandører som f.eks. privatpraktiserende fysioterapeuter

Værdier for samarbejdet

Det er vigtigt at sikre **sammenhæng og kvalitet i indsatsen** for mennesker med psykisk sygdom, der både har behov for behandling i almen praksis, psykiatrisk behandling og social indsats. Samarbejdet tager udgangspunkt i en **gensidig respekt for parternes forskellige myndighedsområde og visitationskompetence**. Grundlaget for samarbejdet er følgende værdier:

Parterne koordinerer indsatsen i respekt for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse – herunder om muligt at inddrage pårørende i overensstemmelse med den enkeltes ønsker

Det er en forudsætning, at **mennesker med psykisk sygdom giver sit samtykke til den ønskede udveksling af oplysninger**. For mennesker, der ikke er i stand til selv at give et habilt samtykke, skal samtykket gives af en stedfortræder (pårørende eller værge)

Det er i alle sammenhænge i mødet med mennesker med psykisk sygdom et mål at **motivere og støtte vedkommende til at tage størst muligt ansvar for beslutninger, egenomsorg og behandling**. Jo større ansvar den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side

Forløbet skal tilrettelægges på en sådan måde, at **patienten/brugeren inddrages og har mulighed for aktivt at deltage i planlægningen af forløbet** og i alle beslutninger, der vedrører behandlingen og den sociale indsats. Herunder muligheden for at være med til at fastlægge indholdet i behandlingsplanen, en evt. udskrivelsesaftale og den sociale handleplan.

Det er en fælles målsætning, at **indsatsen overfor mennesker med psykisk sygdom på ethvert tidspunkt er koordineret i tilstrækkeligt omfang**, og at der for alle

parter inkl. personen selv, er klarhed over, hvem der har ansvaret for opgavevaretagelsen og for evt. koordination