

# Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018



REGION NORDJYLLAND

**KKR**  
NORDJYLLAND



# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Organisering .....</b>	<b>5</b>
2.1. Politisk organisering .....	5
2.2. Administrativ organisering .....	6
<b>3. Tværgående temaer.....</b>	<b>7</b>
3.1. Borgerinddragelse.....	7
3.2. Lighed i sundhed.....	8
3.3. Koordinering af kapacitet og aftale om opgaveflytning .....	8
3.3.1. Nuværende ”Sundhedsaftale til sikring af tværsektoriel koordineret opgaveflytning” .....	9
3.4. Forskning og dokumentation .....	10
3.4.1. Forskning .....	10
3.4.2. Sundhedsprofil .....	11
3.5. Patientsikkerhed .....	11
3.6. Sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og Praksisplan .....	12
3.7. Samtidige forløb.....	13
3.8. Samarbejdsprojekter jf. økonomiaftalen for 2014 og 2015 .....	15
<b>4. Forebyggelse .....</b>	<b>16</b>
4.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorerne .....	16
4.2. Arbejdsdeling indenfor tobak, alkohol og stoffer.....	17
4.3. Borgere med psykiatriske lidelser .....	19
4.4. Aftaler på børne-, unge- og svangreområdet .....	19
4.4.1. Monitorering af børn og unges sundhed og trivsel.....	20
4.4.2. Forebyggende helbredsundersøgelser til børn.....	20
4.4.3. Forløbsprogram for overvægtige børn .....	21
4.4.4. Forældre-uddannelser .....	21
4.4.5. Special-tilbud til gravide – Familieambulatoriet .....	22
4.4.6. Andre udsatte gravide .....	22
4.4.7. Tidlig opsporing af børn og unge med psykiske problemer.....	23
4.5. Informationsindsats om sundhedsvæsen, sundhed og forebyggelse.....	23
4.6. Rådgivning og kompetenceudvikling .....	24
4.7. Samarbejdsaftaler omkring infektionshygiejnisk rådgivning.....	26
4.8. Særligt om MRSA (MethicillinResistent Staphylococcus Aureus) .....	26
<b>5. Behandling og Pleje .....</b>	<b>27</b>
5.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorer .....	27
5.2. Konkrete indsatser og aftaler.....	28
5.2.1 Øget fokus på borgerinddragelse og særlige målgrupper .....	28
5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer .....	30
5.2.3. Udvidelse af målgruppe for kommunernes udgående funktion i akutte forløb .....	30
5.2.4 Samarbejdsaftale mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud .....	31
5.2.5 Optimering og nytænkning af vores eksisterende sundhedstilbud .....	32
5.2.6 Samarbejde på tværs.....	33
5.2.7 Den gode henvisning.....	33
5.2.8 Den gode epikrise .....	34
5.2.9 Kontaktmulighed til sygehusambulatorier og sygehusafdelinger.....	35
5.2.10 Problemstillinger ved medicin håndtering ved sektorovergange .....	35

<b>6. Genoptræning og Rehabilitering.....</b>	<b>37</b>
6.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorer .....	37
6.2. Konkrete indsatser og aftaler.....	38
6.2.1. Overordnet fokus.....	38
6.2.2. Borgere med komplekse problemstillinger .....	39
6.2.3. Børn og unge med erhvervet / medfødt hjerneskade .....	39
6.2.4. Voksne med erhvervet hjerneskade.....	40
6.2.5. Hjælpemidler og behandlingsredskaber .....	40
6.2.6. Genoptræning .....	41
6.2.7. Kronikerindsatsen .....	43
6.2.8. Træning i stedet for operation.....	44
6.2.9. Borgere med kroniske smerter - udvikle en styrket koordineret tværsektoriel indsats .....	44
6.2.10. Ligestilling af psykiatri og somatik.....	45
<b>7. Sundheds-IT .....</b>	<b>46</b>
7.1. Principper for samarbejde på tværs af sektorer .....	46
7.1.1. Princip om borgeren som aktiv medspiller .....	46
7.1.2. Princip for IT understøttelse af patientforløb .....	47
7.1.3. Princip for anvendelse af it-løsninger.....	47
7.1.4. Princip for organisatorisk implementering af it-løsninger .....	48
7.1.5. Princip for sikker og stabil drift.....	48
7.1.6. Princip for innovativ tilgang i nye tiltag .....	48
7.2. Konkrete indsatser og aftaler.....	49
7.2.1 Elektronisk understøttelse af samarbejdet i Sundhedsaftalen.....	49
7.2.2. Telemedicin og telesundhed .....	51
7.2.3. Etablering af en overordnet styringsmodel for tværsektorielt it-samarbejde. ....	52
7.2.4. Kvalitetsudvikling og data .....	53
<b>8. Formidling, implementering og opfølgning.....</b>	<b>54</b>
8.1 Formidling og implementering .....	54
8.2. Triple Aim .....	55
8.3. Opfølgning .....	56

# 1. Indledning

## Opbygningen af Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen består af tre aftaler: Den Politiske Sundhedsaftale, som beskriver de politiske mål og visioner. Den Administrative Sundhedsaftale, der beskriver nye tiltag og arbejdsdelingen i forhold til hvert indsatsområde samt tværgående temaer og administrativ organisering i henhold til vejledningen for sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftaler. Hertil kommer Den Tværsektorielle Grundaftale, som er en samling af eksisterende aftaler fra de tidligere sundhedsaftaler, der videreføres i sundhedsområdets driftsorganisationer.

## Den Administrative Sundhedsaftale

Den Administrative Sundhedsaftale konkretiserer de politiske mål gennem konkrete indsatser i forhold til de tværgående temaer: Arbejdsdeling og samarbejde - Koordinering af kapacitet - Inddragelse af patienter og pårørende - Lighed i sundhed samt Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed samt obligatoriske indsatsområder, der fremgår af Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

- Forebyggelse
- Behandling og Pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds IT og digitale arbejdsgange.

## Den Tværsektorielle Grundaftale

Sundhedsaftalen 2015–2018 bygger videre på tidligere sundhedsaftaler samt de øvrige aftaler, der er indgået i tidligere aftaleperioder. Disse aftaler indgår i Den Tværsektorielle Grundaftale. I tillæg hertil er der indgået en række aftaler i forhold til specifikke målgrupper. Aftalerne er indgået med alle kommuner, Region Nordjylland og PLO–Nordjylland.

Indledningsvis vil der, under hvert indsatsområde i Den Administrative Sundhedsaftale, blive oplyst hvilke aftaler, der ligger i Den Tværsektorielle Grundaftale. Aftalerne ligger elektronisk, og er aktive links i den elektroniske udgave af Sundhedsaftalen 2015–2018.

## Målgrupper

Sundhedsaftalens målgruppe er bred og omfatter alle borgere, der har behov for en sammenhængende sundhedsindsats fra aktører på tværs af sektorer. Det drejer sig om børn (inkl. nyfødte), unge, voksne (herunder gravide) og ældre. Et særligt fokus rettes mod borgere med psykisk sygdom samt sårbare grupper, hvor funktionsnedsættelse, etnicitet, mestringssevne, sociale forhold m.m. udfordrer sundheden og muligheden for at profitere af sundhedsydelse.

## Implementering

Der udarbejdes en samlet implementeringsplan over Sundhedsaftalens indsatser, som fremlægges for Sundhedskoordinationsvalget på deres første møde i 2015. Herefter følger Sundhedskoordinationsudvalget løben-

de op på Sundhedsaftalen og vurderer en gang årligt, om Sundhedsaftalen skal revideres. Arbejdet med at følge op på Sundhedsaftalen beskrives i afsnittet om opfølgning.

### **Håndtering af uoverensstemmelser**

Parterne er som udgangspunkt enige om, at tvister og konflikter løses på lavest mulige niveau. Det vil sige, at tvister og konflikter helst skal afklares på det niveau, hvor problemet opstår. Eksempelvis mellem en sygehusafdeling og en kommunal visitator. Såfremt dette ikke løser uenigheden, eller såfremt problemstillingen er af mere generel karakter, inddrages ledelseslaget i driftsorganisationerne, fx. Sygehusledelsen og leder af Sundhedsafdelingen i kommunen. Den Administrative Styregruppe for Sundhedsaftalen eller relevante undergrupper inddrages, såfremt der er tale om en principiel problemstilling i relation til Sundhedsaftalen.

### **Sundhedsaftalens parter**

Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser Nordjylland, som varetager hver deres myndighedsområde på henholdsvis det regionale og kommunale område.

PLO-Nordjylland og Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Nordjylland har deltaget i udvikling af sundhedsaftalen, da de ifølge sundhedslovens § 57, er forpligtet til at arbejde i henhold til Sundhedsaftalen. Vilklårene beskrives i en underliggende aftale til Praksisplanen.

### **Gyldighedsperiode**

Sundhedsaftalen gælder for årene 2015–2018.

## 2. Organisering

I forbindelse med implementering og opfølgning på Sundhedsaftalen 2015-2018 arbejdes der i en tværsektoriel organisering på politisk og administrativt niveau for at udvikle, implementere og følge op på henholdsvis Den Politiske Sundhedsaftale og Den Administrative Sundhedsaftale.

### 2.1. Politisk organisering



Den politiske organisering tager udgangspunkt i ovenstående diagram: Sundhedskordinationsudvalget består af fem kommunale og fem regionale politikere samt to repræsentanter fra De Praktiserende Lægers Organisation (PLO-Nordjylland) samt regionale og kommunale administrative repræsentanter.

Sundhedskordinationsudvalget har, jf. Sundhedsloven, et overordnet ansvar for udarbejdelse, vedtagelse, implementering af samt opfølgning på Sundhedsaftalen 2015-2018. Sundhedskordinationsudvalgets opgaver er defineret i bekendtgørelse og vejledning for sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Opgaverne er desuden beskrevet i udvalgets forretningsorden.

For at sikre et lokalt fokus på Sundhedsaftalen etableres fire Politiske Forankringsgrupper. Strukturen for de Politiske Forankringsgrupper afspejler den kommunalt baserede klyngestruktur, som geografisk inddeler de 11 kommuner i fire klynger.

De Politiske Forankringsgrupper sammensættes af relevante politiske repræsentanter fra kommuner, region og lokal repræsentation fra PLO/Kommunalt Lægelige Udvalg.

Formålet er:

- at skabe en arena, hvor lokalpolitiske forhold kan drøftes blandt sundhedsområdets politiske aktører
- at følge op på Sundhedsaftalen 2015 – 2018 i et lokalt perspektiv
- at sætte fokus på samspillet mellem de lokale politikker/strategier og tiltag, der er aftalt i Sundhedsaftalen, samt på de kommunale politikker indenfor forskellige forvaltningsområder (fx. socialområdet, beskæftigelsesområdet) som har snitflader til Sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget har et regionalt sigte og de Politiske Forankringsgrupper et lokalt sigte. Forhold, der relaterer sig til mere end én Politisk Forankringsgruppe, behandles således i Sundhedskoordinationsudvalget.

De Politiske Forankringsgrupper mødes 1–2 gange årligt. I perioden 2015-2018 afholdes Sundhedskoordinationsudvalget afholder desuden i perioden tre større konferencer: Midtvejskonference i 2016, Perspektivkonference i 2017 samt Sundhedsprofilkonference i 2018.

## **2.2. Administrativ organisering**

Den administrative organisering for sundhedsaftalesamarbejdet tager udgangspunkt i følgende principper;

- Implementeringsopgaven skal være i fokus for organiseringen
- Enkel, effektiv og styrbar organisering
- Stærk ledelsesmæssig forankring
- Så få niveauer og permanente grupper som muligt
- Projektporteføljestyling

Den Administrative Styregruppe, som varetager og har ansvar for den overordnede styring og koordinering på administrativt niveau bevares. Styregruppen behandler sager af overordnet strategisk betydning for samarbejdet - af økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig karakter.

### 3. Tværgående temaer

Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fastlægger en række tværgående temaer, som Sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i.

Temaet om arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning er beskrevet under de enkelte indsatsområder. De øvrige temaer er beskrevet generelt i dette kapitel. De aftalte indsatser i kapitel 4–7 konkretiserer, hvordan vi i Nordjylland fx vil arbejde med borgerinddragelse, og hvordan vi vil arbejde hen imod mere lighed i sundhed.

#### 3.1. Borgerinddragelse

Borger/bruger inddragelse er et politisk fokusområde. Dette handler både om inddragelse i egne forløb og i den overordnede planlægning på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL og Danske Patienter har medio 2013 lanceret en overordnet fælles vision for borgerinddragelse. Visionen er afsat for et struktureret samarbejde mellem parterne for at styrke inddragelse af borgere i udvikling af det danske sundhedsvæsen; Den fælles vision er et sundhedsvæsen, som:

- anerkender borgernes viden som nødvendig og ligeværdig
- reelt inddrager borgeren i beslutninger om egen sundhed og behandling, så indsatsen så vidt muligt tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens livssituation, behov og ressourcer
- inddrager borgeres og de pårørendes perspektiver i udvikling af sundhedsvæsenet
- er tilgængeligt og fleksibelt i forhold til den hverdag og det liv, borgeren lever.

I Nordjylland anerkender vi vigtigheden af, at borgerens viden, ønsker og livssituation bevidst og systematisk inddrages i behandlingsforløbet, og vi anerkender, at borgeren skal have mulighed for at tage mest muligt ansvar. Pårørende har vigtig viden og erfaring og udgør en væsentlig ressource i at tilrettelægge det bedst mulige behandlingsforløb. Hvordan og i hvilket omfang, de pårørende inddrages, skal afklares med borgeren og de pårørende.

Gennem aktivt samarbejde med Patientinddragelsesudvalget, andre råd, samt relevante patientforeninger o.lign. vil vi arbejde på, at borgeren og de pårørendes behov og ideer inddrages, når der skal udvikles nye løsninger og indsatser.

Vi har aftalt at:

Sundhedskoordinationsudvalget sammen med Patientinddragelsesudvalget udarbejder en fælles plan med konkrete initiativer til at videreudvikle borgerinddragelsen både i eget forløb og i mere generelle tiltag. Arbejdet påbegyndes i 2015.



### 3.2. Lighed i sundhed

Sundheden i Nordjylland er ikke ligeligt fordelt. Der er, som i resten af landet, store variationer relateret til uddannelsesgrad og erhvervstilknytning. Herudover har visse sårbare grupper særligt store sundhedsudfordringer. Vi har et sundhedsvæsen med fri og lige adgang for alle, men der er stor ulighed i både brug og udbytte af sundhedsydelser – såsom forebyggelses-, rehabiliterings- og behandlingstilbud.

En helt stor udfordring er overdødeligheden blandt borgere, der har en psykisk sygdom. Her ses, at kvinder og mænd, der er psykisk syge, i gennemsnit lever henholdsvis 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed. En af årsagerne er, at disse borgere ikke behandles for deres somatiske sygdomme, ligesom de ikke tilbydes eller profiterer af forebyggelse og rehabilitering i samme omfang som andre. Men også andre borgere, såsom udviklingshæmmede, har særlige udfordringer i form af overdødelighed af fx kredsløbssygdomme. Denne målgruppe lever i gennemsnit 14,5 år kortere end befolkningen som helhed.

Det politiske mål er derfor, *at sundheden skal øges for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv, og at levetiden skal øges for mennesker med psykiske lidelser.*

Dette mål kræver, at vi bliver langt bedre til at identificere målgrupper, der har særlige udfordringer, og at vi bliver bedre til at målrette vores indsatser konkret til dem, der har de største sundhedsudfordringer.

Vi vil i fællesskab arbejde på en tidlig opsporing af borgere, der er særligt sårbare eller har særlige behov, og hvor en målrettet indsats vil gøre en forskel. De skal have den hjælp og støtte, der skal til, for at de kan profitere bedst muligt af den forebyggelse, behandling og rehabilitering, de tilbydes.

Derfor har vi i Den Administrative Sundhedsaftale aftalt en række konkrete initiativer, der er målrettet forskellige sårbare grupper - såsom psykisk syge og udsatte gravide samt indsatser, som opsporer og støtter sårbare børn og unge.

### 3.3. Koordinering af kapacitet og aftale om opgaveflytning

Det fremgår af vejledningen, at "Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelser skal leveres på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON – princippet). Sundhedsaftalen skal derudover understøtte, at overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret".

I respekt for hinandens arbejde er vi opmærksomme på, at den konkrete arbejdstilrettelæggelse i en sektor kan påvirke kapaciteten i en anden sektor. Der er derfor behov for løbende at holde hinanden ajour med væsentlige ændringer i varetagelsen af kerneydelserne.

Regionsrådet har vedtaget den kommende proces for ny "Plan for sygehuse og speciallægepraksis 2015-2020". Både almen praksis og kommunerne er inviteret ind i dette arbejde. Det fremgår af procesplanen, at

den kommende sygehus- og speciallægeplan skal udarbejdes indenfor sundhedsaftalens rammer, hvad angår tværsektorielle patientforløb. Procesplanen skal sikre det rette udgangspunkt for den aktivitets- og struktur-mæssige tilpasning, der skal ske frem til 2020, herunder aktivitetsomlægningen fra stationær til ambulante behandling.

### **3.3.1. Nuværende "Sundhedsaftale til sikring af tværsektoriel koordineret opgaveflytning"**

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har i 2011 indgået en Sundhedsaftale om "Sikring af tværsektoriel koordineret opgaveflytning", hvor det fremgår, hvordan parterne ønsker at samarbejde, når opgaver udvikles og opgaveudviklingen har indflydelse på en anden sektors varetagelse af deres opgaver. Konkret har vi aftalt, at den sektor, hvor opgaveudviklingen sker, som udgangspunkt har initiativpligten til at indlede en dialog. Konstaterer en anden sektor, at der er ved at ske en forandring, der potentielt kan have betydning for deres opgavevaretagelse, har denne sektor ansvar for, at tage initiativ til at indlede en dialog. Denne aftale har imidlertid ikke fundet anvendelse som forventet. Vi er derfor enige om at gøre en ekstra indsats.

I Den Politiske Sundhedsaftale har vi aftalt:

- at vi i 2015 revitaliserer og øger anvendelsen af Aftalen om sikring af planlagte opgaveflytninger. Sundhedskoordinationsudvalget følger løbende udviklingen og tager konkrete eksempler op til behandling.
- at vi får udviklet en metode, så vi, allerede i planlægningsfasen af eventuelle forandringer i sektorerne, systematisk vurderer, om der er afledte konsekvenser for andre parter. Sundhedskoordinationsudvalget vil løbende følge op på, at der foretages de overdragelsesanalyser, der bør ifølge aftalen.

Hertil kommer, at Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til ny sygehus- og speciallægeplan med fokus på, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Konkret vil vi:

- udvikle og benytte en ny metode for implementering af aftalen for at skærpe opmærksomheden i regionen, på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne i forhold til at vurdere, om omlægninger og aktivitetsændringer har konsekvenser for andre aktørers opgavevaretagelse. Målet er i tide at identificere, om en given beslutning eller handling kan føre til en egentlig opgaveflytning.
- kvalitetsforbedre den nuværende aftale. Begrebet opgaveflytninger bør konkretiseres ud fra, at der kan være tale om "stort og småt". Det kan eksempelvis handle om ændringer i sygehusstruktur, ændringer i kommunale tilbud/kapacitet, og ændringer i en konkret arbejdstilrettelæggelse. Der skal også mere fokus på kompetenceudvikling som forudsætning for en opgaveflytning.
- indgå en aftale om selvstyret AK-behandling (behandling med blodfortyndende medicin), hvor Aftalen om sikring af planlagte opgaveflytninger anvendes.

- indgå en aftale om IV behandling i eget hjem (opstart og opfølgning på intravenøs behandling), hvor Aftalen om sikring af planlagte opgaveflytninger anvendes.
- indgå en aftale om styrket overlevering og neurorehabilitering i eget hjem i forlængelse af omlægningen af det akutte apopleksiområde samt det regionale neurorehabiliteringsområde.

### 3.4. Forskning og dokumentation

For at kunne sikre sammenhængende forløb af høj kvalitet er det vigtigt at have viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer. Der er således behov for at forske i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, og for systematisk kvalitetsudvikling og dokumentation. Med sundhedsaftalen vil vi derfor fortsat prioritere forskning og samarbejde om dokumentation, som kan bidrage til kvalitetsudvikling af det nordjyske sundhedsvæsen.

#### 3.4.1. Forskning

I Nordjylland har vi en god tradition for at samarbejde om udviklings- og forskningsprojekter. I aftaleperioden vil vi dels styrke formidlingen af igangværende forskningssamarbejde og iværksætte nye forskningsprojekter, der kan give ny viden og styrke den tværsektorielle indsats:

Vi har aftalt, at:

- der i aftaleperioden skabes overblik over igangværende forskningsaktiviteter med relevans for sundhedsaftaleområdet - med henblik på at udvikle en fælles platform for formidling af resultaterne.
- der i aftaleperioden etableres et fælles samarbejde med Aalborg Universitet, Dansk Center for forbedringer i Sundhedsvæsenet, Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab og andre relevante institutter med henblik på at idéudvikle kommende fælles forskningsaktiviteter. Som fx:
  - Forskning og dokumentation med udgangspunkt i Sundhedsprofilerne
  - Forskning vedrørende hvilke sundhedstilbud der bidrager til kvalitetsjusterede leveår (QALY)
  - Forskning der kan styrke brugen af LEON princippet
  - Metodeudvikling til at nå særlige udsatte målgrupper.
- samarbejde med den nyoprettede forskningsenhed Dansk Center for Ulighed i Sundhed på Aalborg Universitetshospital, som vil sætte forskningsprojekter i gang, der skal give viden og redskaber til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Enheden vil i samarbejde med de nordjyske kommuner og almen praksis indsamle data og dele erfaringer på tværs af sektorer og fagligheder, blandt andet med udgangspunkt rehabiliterings-programmer for hjertepatienter og telemedicin. I aftaleperioden vil vi følge forskningsenhedens arbejde med henblik på at kvalitetssikre det tværsektorielle samarbejde omkring lighed i sundhed.

### 3.4.2. Sundhedsprofil

Regionerne er, via en national aftale, forpligtet til at gennemføre og finansiere en sundhedsprofilundersøgelse hvert 4. år. Sundhedsprofilundersøgelserne belyser befolkningens sundhed, sygelighed og trivsel, og de er dermed et vigtigt redskab til udarbejdelse af sundhedspolitikker og arbejdet med at planlægge og prioritere forebyggelsesindsatserne i kommuner og region. Sundhedsprofilerne er også en vigtig datakilde for forskningsaktiviteter. Region Nordjylland har i samarbejde med de nordjyske kommuner gennemført sundhedsprofilundersøgelser i 2007, 2010 og 2013. Data indberettes til en fælles national database, som kan ses på [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk), og er endvidere tilgængelig på [www.sundhedsatlas.rm.dk](http://www.sundhedsatlas.rm.dk).

Konkret vil vi;

- samarbejde med hinanden og forskningsinstitutionerne om udvikling af tillægsspørgsmål, dataindsamling samt afrapporteringen af sundhedsprofilundersøgelserne og efterfølgende fokusområder.

### 3.5. Patientsikkerhed

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader, "Utilsigtede hændelser", som kan ske, når borgere er i kontakt med sundhedsvæsenet. Utilsigtede hændelser kan ske, når mange mennesker skal arbejde sammen om komplekse opgaver. Som borger i Nordjylland skal man kunne forvente en høj kvalitet i de sundhedstilbud, der gives, og man skal kunne have tillid til, at myndighederne gør, hvad de kan for at forebygge, at der sker fejl.

Arbejdet med kvalitetsudvikling omfatter derfor også rapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser i sektorovergangene. En del af de utilsigtede hændelser, der rapporteres, omhandler sikkerhedsmæssige problemstillinger i overgange mellem fx sygehus og kommune eller sygehuse og almen praksis. Med henblik på at sikre optimering af sikkerheden er det tværsektorielle samarbejde afgørende. Den fælles nordjyske organisering af området har til formål, at viden og læring i højere grad deles og dermed kommer alle til gode. Derudover vil indsatsen muliggøre, at der iværksættes tværgående initiativer på et oplyst grundlag til forbedring af sikkerheden for borgeren.

Alle relevante regionale driftsenheder samt hver kommune har udpegede risikomanagere, der arbejder med utilsigtede hændelser – herunder også tværsektorielle hændelser.

Den fælles nordjyske organiseringsmodel består af to sammenhængende dele:

- Fire lokale grupper, kaldet "UTH-klynger", med udgangspunkt i den kommunale klyngestruktur (beskrevet i kapitel 2 vedr. organisering). I UTH-klyngerne analyseres konkrete tværgående utilsigtede hændelser. Derudover er der mulighed for at drøfte andre tværgående patientsikkerhedsmæssige

problemstillinger i relation til fx medicinering – herunder fælles medicinkort, kommunikation eller tryksår.

- Et "UTH-forum" med kommunale og regionale medlemmer, der skal koordinere det tværsektorielle samarbejde omkring utilsigtede hændelser på regionsniveau. UTH-forum modtager blandt andet udtræk fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) fra Patientombuddet. UTH-forum har til opgave at behandle data og videreformidle mønstre og tendenser, forslag til tværsektorielle tiltag, der kan forbedre patientsikkerheden mv. Derudover udarbejder UTH-forum ledelsesinformation og indstillinger til Den Administrative Styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget.

Ifølge Den Politiske Sundhedsaftale vil der være et særligt fokus på utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinhåndtering og brugen af Fælles Medicin Kort (FMK).

Sundhedsaftalen om opfølgning på utilsigtede hændelser er en del af Den Tværsektorielle Grundaftale. Det er aftalt, at organiseringen evalueres i 2015.

### **3.6. Sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og Praksisplan**

Almen praksis er en vigtig aktør i forbindelse med udvikling og implementering af Sundhedsaftalen. Der er i relation til almen praksis rolle en tæt sammenhæng med praksisplanen, som er den ramme, der sikrer grundlaget for Sundhedsaftalens gennemførelse.

I Region Nordjylland har almen praksis været inddraget i forbindelse med udvikling af både Den Politiske og Den Administrative Sundhedsaftale, gennem repræsentation i Sundhedskoordinationsudvalget, Den Administrative Styregruppe og de arbejdsgrupper, der har udarbejdet sundhedsaftaler for de obligatoriske indsatsområder. I Sundhedsaftalen 2015–2018 er der aftalt en række udviklingsprojekter. Generelt gælder det for en del af opgaverne og deres omfang, at de ikke er konkretiserede. Dette vil ske i løbet af aftaleperioden.

De opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre i henhold til sundhedsaftalen, beskrives i Praksisplanen og følges op af en underliggende aftale i det omfang, området ikke er reguleret i overenskomsten.

I praksisplanen 2014-2017 indgår det som et væsentligt element, at der er fokus på samarbejdet omkring ressourceudnyttelse og opgavefordeling mellem sektorerne. I forbindelse med forhandlingen om de enkelte tiltag, skal der ske en konkret vurdering af opgavefordelingen og opgavemængden for sygehuse, almen praksis og kommunerne. Gode aftaler med almen praksis er en af forudsætningerne for, at Sundhedsaftalen kan blive omsat til virkelighed. Aftalerne tager afsæt i kerneværdien i almen praksis; herunder rollen som generalist og som patientens tovholder.

### 3.7. Samtidige forløb

Indsatsområderne i denne sundhedsaftale er bygget op omkring en forløbstankegang med forebyggelse, behandling og rehabilitering som de fortløbende elementer. Det er vigtigt at være opmærksom på, at borgeren samtidig med at være i gang med en eller flere sundhedsmæssige indsatser, også kan være i gang med en indsats indenfor beskæftigelses-, undervisnings- eller socialområdet. Det er derfor vigtigt, at vi i sundhedsaftalen tager højde for dette, og udvikler samarbejder, der kan håndtere disse situationer.

Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet, som et politisk pejlemærke, skal derfor også forstås som sammenhængende og koordineret med beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet og socialområdet. Når vi taler om sundhedstilbud på nye måder, handler det derfor også om, at eksperimentere med nye organisationsformer, som tilgodeser koordinering med disse områder.

Konkrete indsatser og samarbejder af mere generel karakter, som har fokus på samtidige forløb og derfor ikke umiddelbart kan henføres til et af de fire indsatsområder, er beskrevet i de følgende afsnit.

#### **Aftale om lægefaglig rådgivning i sager om fleksjob, førtidspension og sygedagpenge**

Reform for fleksjob og førtidspension samt sygedagpengereformen indebærer, at Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har indgået en samarbejdsaftale om lægefaglig rådgivning i indsatsen.

Reformen for førtidspension og fleksjob trådte i kraft i 2013 og bygger på kommuners og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Dette sker ved, at en regional sundhedskoordinator indgår i kommunernes rehabiliteringsteams, og ved at supplerende ydelser kan løses i en klinisk funktion, regionen stiller til rådighed. Den nye sygedagpengereform trådte i kraft pr. 1. juli 2014, og principperne for samarbejdet i den nye lov svarer til principperne i reformen for førtidspension og fleksjob. Sygedagpengereformen omhandler tidlig opfølgning og indsats, jobafklaringsforløb, dagpenge under sygdom mv. Fælles for de nævnte reformer samt for kontanthjælpsreformen, som trådte i kraft primo 2014, er ambitionerne om, at udsatte, syge og ledige borgere tilbydes effektiv og meningsfuld indsats, og at ingen borgere overlades til sig selv.

For at sikre implementeringen af reformerne er det vigtigt at tænke i samtidige forløb, hvor en borger kan være i et forløb, ifølge ovenstående reformer, og samtidig indgå i et forløb i sundhedsvæsenet. En udfordring har været, at forløbene er dårligt koordinerede, så borgeren har vanskeligt ved at følge samtidige forløb i fuld udstrækning.

Det skal sikres, at borgerne får en målrettet koordineret hjælp; herunder hjælp til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Den samlede løsning indebærer derfor især at udvikle den tværgående koordinering mellem fagområder, som afspejler borgerens behov for støtte til at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Samarbejdsaftalen om lægefaglig rådgivning i sager om fleksjob, førtidspension og sygedagpenge placeres i Den Tværsektorielle Grundaftale.

### **Mentorstøtte i forbindelse med psykiatrisk indlæggelse**

Borgere, der udskrives fra en psykiatrisk indlæggelse, har ret til at få kommunal mentorstøtte i op til tre måneder forud for udskrivelsen og i alt i seks måneder. Retten gælder fx forsikrede ledige, kontanthjælpsmodtagere, revalidender, sygedagpengemodtagere med flere. Målet er at støtte borgerens vej mod uddannelse eller job gennem koordination og genetablering af et normalt hverdagsliv med bolig og familie.

Vi har aftalt, at:

- der skal indgås en konkret samarbejdsaftale om kommunale mentorers kontakt til borgerne, mens de er indlagt i behandlingspsykiatrien.

Samarbejdsaftalen skal bl.a. ses i sammenhæng med det beskrevne projekt om integration af somatik og psykiatri indenfor indsatsområdet genoptræning og rehabilitering.

### **Samarbejde omkring Rehabiliteringscenter for flygtninge**

Nordjylland skal i de kommende år modtage et større antal flygtninge. Det må derfor forudses, at der bliver et større behov for yderligere undersøgelse og behandling på Revalideringscenter for Flygtninge (RCF), som varetager det regionale behandlingstilbud af flygtninge med Post-traumatisk stress syndrom (PTSD). De henviste borgere modtager som oftest sygedagpenge eller kontanthjælp. I såvel kontanthjælpsreformen som pensions- og flexjobsreformen peges der på vigtigheden af samtidige indsatser med henblik på at udvikle borgerens muligheder for afklaring af arbejdsevnen.

Vi har aftalt, at:

- vi i den kommende periode vil tydeliggøre og udvikle samarbejdsrelationen mellem kommunerne og RCF om denne gruppe af borgere med helt særlige behov.

### **Samtidige forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder**

Flere af de konkrete indsatser, der er beskrevet indenfor de fire indsatsområder i denne sundhedsaftale, beskæftiger sig også med samtidige forløb, dels indenfor sundhedsvæsenet, men også i relation til andre områder. Det drejer sig fx om:

- Borgere med somatiske lidelser, som skal have forebyggelsestilbud i kommunerne, mens de fx følger forløb på sygehuset.
- Psykiatriske patienter med somatiske lidelser, hvor vi ønsker at udvikle en model for stratificering af disse borgere, så vi kan iværksætte samtidige psykiatriske og somatiske indsatser.
- At vi vil arbejde med en ligeværdig og dialogbaseret tilgang, hvor borgeren inddrages i at tilrettelægge det rigtige forløb.

- Patientens team, som skal udvikles i samspil med de øvrige parter i sundhedsarbejdet.
- Håndtering af indsatsen overfor borgere med flere samtidige kroniske sygdomme, hvor vi netop ønsker at øge koordinationen af de samtidige indsatser, som vi ved foregår.
- Et pilotprojekt om ligestilling af psykiatri og somatik, hvor vi ønsker at afprøve mulighederne for at integrere rehabilitering og desuden have en samtidig indsats i relation til beskæftigelsesområdet.
- Udvikling af en model for tværsektorielt samarbejde omkring meget komplekse patienter.

Endelig har vi en fælles forståelse af, at vi skal evaluere vores indsatser i relation til det samtidige perspektiv. Dette kan fx ske via feedbackmøder med borgerne og tværsektorielle audits, som også involverer borgerne.

### **3.8 Samarbejdsprojekter jf. økonomiaftalen for 2014 og 2015**

Sundhedsaftalen 2015–2018 indebærer et mere forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner, der skal sikre bedre sammenhæng for borgene med behandlingsforløb på tværs af sektorerne. I det lys aftalte Regeringen og Danske Regioner med Økonomiaftalen for 2014 en prioritering af midler til at understøtte indsatsområderne i Sundhedsaftalen svarende til ca. 25 mio. kr. for Region Nordjyllands vedkommende. Denne prioritering fastholdes i 2015. På samme måde er der mellem Regeringen og KL indgået en aftale om, at kommunerne får tilført midler til området svarende til 30 mio. kr. årligt for de nordjyske kommuners vedkommende.

I forbindelse med Økonomiaftalen for 2014, er kommunerne bl.a. tilbudt mulighed for, at der indgås en aftale om indsatsen på Osteoporoseområdet, samt Familiekurser med henblik på at sikre førstegangsfamilier og det nye barn en god start. I Sundhedsaftalen for 2015–2018 igangsættes en lang række initiativer, der kan understøttes af midler fra Økonomiaftalerne.

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner vil i 2015 igangsætte en proces, hvor samarbejdsprojekterne i Sundhedsaftalen 2015–2018 konkretiseres yderligere. Dette vil ske i samarbejde med almen praksis.

Udgangspunktet er, at der indgås aftaler, hvor alle kommuner er med, og aftaler hvor en eller flere kommuner deltager med henblik på at igangsætte udviklingstiltag der kan udrulles til alle kommuner, såfremt resultaterne tilsiger det.



## 4. Forebyggelse

Det overordnede formål med sundhedsaftalen om forebyggelse er:

*”at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet”*

Sundhedsaftalen om forebyggelse har fokus på sammenhængende forebyggelsesforløb på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis. Der er opmærksomhed på borgere/patienter, der er særligt udsatte eller har særlige behov. Det gælder bredt ift. borgere med kronisk sygdom, multisygdom, ældre, socialt udsatte samt borgere med skadeligt forbrug af rusmidler. Det gælder særligt i forhold til svangreomsorgen, børn og unge samt tidlig indsats overfor psykisk sygdom og forebyggelse af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Følgende aftaler fra Sundhedsaftalen 2011–2014, under indsatsområdet Forebyggelse og sundhedsfremme videreføres i revideret form i Den Tværsektorielle Grundaftale:

- Arbejdsdeling mellem almen praksis, kommuner og sygehuse
- Indsatsen vedr. børn af psykisk syge
- Samarbejdsaftale mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner om den tidlige tværsektorielle indsats i forhold til børn fra misbrugsfamilier (Familieambulatoriet)”.

### 4.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorerne

Region og kommuner finder, at den hidtidige arbejdsdeling på forebyggelsesområdet fra 1. og 2. generations sundhedsaftaler generelt har fungeret hensigtsmæssigt. På baggrund af de hidtidige erfaringer og udviklingen indenfor forebyggelsesområdet er der dog behov for en præcisering og justering.

Den overordnede arbejdsdeling er derfor aftalt som følger:

Regionen har ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til de borgere, der er henvist til behandling på sygehus. Dette gælder både indlagte borgere og borgere, der behandles ambulant. Når en borger er færdigbehandlet på sygehus, overgår ansvaret for at tilbyde en forebyggende indsats til borgerens hjemkommune. Kommunerne tilbyder som minimum de borgerrettede indsatser, som er anbefalet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om tobak og alkohol. Det er afgørende, at arbejdsdelingen fungerer fleksibelt således, at der tages hensyn til patienten og pårørendes ønsker og behov.

I denne aftaleperiode er der primært fokus på forebyggelse indenfor alkohol og tobak og på særlige indsatser for børn samt borgere med psykisk sygdom. Arbejdsdelingen uddybes i Den Tværsektorielle Grundaftale.

## 4.2. Arbejdsdeling indenfor tobak, alkohol og stoffer

I aftaleperioden vil der være fokus på at sikre henvisning til kommunal forebyggelse indenfor tobak, alkohol og stoffer. Formålet med indsatsen er at sikre et godt forebyggelsesforløb over sektorgrænserne, således at flest mulige borgere med livsstilsproblemer deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud. Henvisning skal ske, når det er fagligt begrundet, og når borgeren er motiveret for at deltage. Specifikt er formålet at øge andelen af særligt udsatte borgere, der deltager i et kommunalt forebyggelsestilbud, for dermed at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsestiltal vil fremover udgøre rammen for udviklingen i den kommunale forebyggelse, og for de tilbud kommunerne har indenfor alkohol, tobak og stoffer.

Rekruttering til kommunale rygestoptilbud og alkoholbehandling kan være en udfordring. Der er behov for, at sygehusene og almen praksis henviser flere af patienterne til disse tilbud. Ifølge Sundhedsprofilen 2013 har mange af borgerne jævnligt kontakt til almen praksis og/eller sygehuset.<sup>1</sup>

Vi har aftalt, at:

- de nordjyske kommuner ultimo 2015 lever op til grundniveauet, hvad angår anbefalingerne om individuelle tilbud i forebyggelsestiltalene om tobak og alkohol. De resterende anbefalinger på grundniveau i disse to tiltal vil kommunerne leve op til i løbet af aftaleperioden. Samtidig vil kommunerne sikre tilbud om "kort rådgivende samtale til unge med et eksperimenterende brug af stoffer" (16-24 år) jf. forebyggelsestiltallet om stoffer.
- almen praksis (jf. Praksisplanen) og Region Nordjylland forpligter sig til at borgere, der ryger eller har risikoadfærd ift. alkohol og stoffer (kun unge), og som er motiverede eller kan motiveres, henvises til kommunale tilbud.

Parterne er enige om, at det er realistisk, at almen praksis og sygehusene, i takt med øget systematik og praksis omkring henvisningsprocedurer, i årene 2016, 2017 og 2018 tilsammen henviser henholdsvis 1 %, 1,5 % og 2 % af borgere, der ryger eller har risikoadfærd indenfor alkohol. Det betyder, at parterne har en forventning om, at der konkret i aftaleperioden henvises<sup>2</sup> følgende antal borgere;

2016

- Almen praksis henviser 600 borgere, og sygehusene henviser 200 borgere til kommunale rygestoptilbud
- Almen praksis henviser 225 borgere, og sygehusene henviser 75 borgere til kommunal alkoholbehandling eller samtale

<sup>1</sup> 77 % af alle borgerne over 16 år er hos almen praksis mindst én gang årligt og ca. 30 % er der mere en fem gange årligt. I 2013 havde ca. 45 % af borgerne over 16 år kontakt til sygehuset.

<sup>2</sup> De konkrete tal er udregnet på baggrund Sundhedsprofilen 2013 – andelen af borgere, der ryger dagligt og andelen af borgere, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

2017

- Almen praksis henviser 900 borgere, og sygehusene henviser 300 borgere til kommunale rygestoptilbud
- Almen praksis henviser 335 borgere, og sygehusene henviser 115 borgere til kommunal alkoholbehandling eller samtale

2018

- Almen praksis henviser 1.200 borgere, og sygehusene henviser 400 til kommunale rygestoptilbud
- Almen praksis henviser 450 borgere, og sygehusene henviser 150 borgere til kommunal alkoholbehandling eller samtale

En forudsætning for, at kommunerne kan imødekomme behovet for forebyggelsestilbud, er, at antallet af henvisninger fordeler sig forholdsmæssigt mellem kommunerne. Dette følges via monitoreringen.

Med udgangspunkt i ovenstående skal der arbejdes med:

- at tilpasse indholdet i den elektroniske sygehushenvisning, således at denne kan anvendes af almen praksis og sygehusene i forbindelse med henvisning til forebyggelse i kommunerne – og således at kommunerne sikrer, at de kan modtage henvisningen.
- at sikre en god overgang fra sygehus/almen praksis til kommune – eventuelt ved at kommunen kontakter borgeren direkte. Det afklares, hvordan almen praksis og sygehuse sikrer samtykke fra borgeren.
- at udarbejde en implementeringsplan for, at flest mulige borgere med behov for forebyggelse henvises fra almen praksis og sygehusene. Implementeringen skal koordineres med implementering af henvisning til rehabiliteringstilbud i kommunerne (KOL, hjerte-kar, diabetes og kræft).
- hvordan der årligt kan monitoreres på antallet af borgere/patienter, der starter på og profiterer af forebyggelsestilbud i kommune. Der tages udgangspunkt i baseline for 2015
- at der i aftaleperioden afprøves og udveksles erfaringer med forskellige modeller for, hvordan kommune og sygehus kan samarbejde om rekruttering til alkoholbehandling.

Indsætterne ligger i direkte forlængelse af det politiske mål om, at borgeren skal have det sundhedstilbud, der er behov for, til tiden og med størst mulig kvalitet, samt at almen praksis, kommuner og sygehuse skal samarbejde med borgeren og hinanden om dette.

### 4.3. Borgere med psykiatriske lidelser

Der skal i aftaleperioden være fokus på at sikre en forebyggende indsats til borgere med psykiatriske lidelser, der er i ambulans behandling i Psykiatrien og/eller er omfattet af socialpsykiatrien.

Udviklingen af kroniske somatiske sygdomme (fx. diabetes, hjerte-karlidelser og lungesygdomme) er en væsentlig årsag til, at mennesker med længerevarende alvorlige sindslidelser har en kortere forventet levetid end almen befolkningen. Kvinder og mænd, der er psykisk syge, lever i gennemsnit henholdsvis 15 og 20 år kortere end befolkningen som helhed. Overdødeligheden er i nogen grad forklaret ved selvmord og ulykker, men forskningen fremhæver desuden tre væsentlige årsager hertil:

- Sundhedsvaner hos mennesker med psykiske sygdomme
- Bivirkninger fra behandling med psykofarmaka.
- Barrierer i forhold til kontakten mellem målgruppen og sundhedsvæsenet. Der er evidens for, at en del af overdødeligheden kan forebygges, hvis den psykiatriske patient får vejledning til en sundere livsstil. Sundhedsstyrelsens inspirationskatalog "Struktur på sundheden" (juni 2014) beskriver konkrete tilgange til, hvordan sundhedsindsatser til borgere med psykiske lidelser kan tilrettelægges, implementeres og fastholdes.

Vi har aftalt, at:

- stratificere gruppen af borgere med psykiske lidelser med henblik på en afklaring af, hvor forskellige målgrupper mest hensigtsmæssigt kan modtage forebyggende tilbud. Dette kan være i den enkelte sektor eller evt. i et samarbejde mellem sektorer.
- udarbejde forslag til konkrete modeller for de borgere, der har behov for en særlig tilrettelagt tværsektoriel forebyggelsesindsats. Dette på baggrund af stratificeringen. Mindst én af disse modeller iværksættes i aftale-perioden som et pilotprojekt.

Indsatsen ligger i direkte forlængelse af det politiske mål om, at sundheden skal øges for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv, og at levetiden for mennesker med psykiske lidelser skal øges.

### 4.4. Aftaler på børne-, unge- og svangreområdet

I aftaleperioden skal samarbejdet på børne-, unge- og svangreområdet opprioriteres, og der er aftalt en række indsats, som skal sikre samarbejdet særligt omkring udsatte børn og unge. Alle indsatserne omkring børn og unge skal støtte op omkring det politiske mål om at nedbringe den sociale ulighed i sundhed og øge sundheden for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv.

#### **4.4.1. Monitorering af børn og unges sundhed og trivsel**

Den regionale sundhedsprofil indeholder kun data vedrørende borgere på 16 år og derover. Der er behov for fremadrettet at skabe et datagrundlag, der muliggør monitorering på børns og unges sundhed og trivsel. En sådan monitorering vil, ligesom sundhedsprofilen for voksne, kunne udgøre et fælles afsæt for tværsektorielle indsatser omkring børn og unge.

For at denne monitorering kan ske på et solidt fundament, vil det være hensigtsmæssigt, at datagrundlaget baserer sig på ens systemer og registreringsmetoder. Der er derfor enighed om, at en fremtidig monitorering af børn og unges sundhed og trivsel kan basere sig på den nationale børnedatabase, databasen Børns Sundhed og databasen skolesundhed. Data fra disse databaser kan suppleres af regionale data fra sygesikring og andre patientadministrative systemer.

Vi har aftalt, at:

- muligheden for et fælles kommunalt datagrundlag undersøges. I det omfang datagrundlaget skønnes at få et tilstrækkeligt omfang, kan der iværksættes et samarbejde omkring monitorering af børn og unges sundhed og trivsel. Formål er bl.a. at skabe grundlag for udvikling af indsatser, der kan bedre den mentale og fysiske sundhed hos børn og unge.

#### **4.4.2. Forebyggende helbredsundersøgelser til børn**

Sundhedskoordinationsudvalget har allerede i 2013 besluttet at iværksætte et projekt vedr. forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis. Igangsætningen har afventet lovgivning om børnevaccinationsprogrammet, som er en del af de forebyggende helbredsundersøgelser.

Ifølge sundhedsloven skal alle børn i alderen 0-5 år tilbydes i alt syv forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis. Praktiserende læge har derfor en unik mulighed for at følge barnets udvikling og trivsel, og dermed medvirke til at opspore børn, der ikke trives fysisk, psykisk og socialt. Der er imidlertid en social gradient i forhold til, hvilke børn, der regelmæssigt deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser. Der er derfor behov for en proaktiv indsats, der sikrer at flest mulige børn bliver undersøgt af den praktiserende læge i de første leveår. Samtidig er der behov for at sikre elektronisk kommunikation og overlevering mellem almen praksis, de kommunale sundhedstjenester og øvrige kommunale myndigheder, der kan understøtte et tværsektorielt samarbejde omkring sårbare børn.

Formålet med den samlede indsats er at øge den generelle sundhed og trivsel for børn samt at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Vi har aftalt, at:

- beskrive og implementere en proaktiv indsats, der øger antallet af børn, der deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser. Denne indsats skal koordineres i forhold til Statens Serum Instituts

påmindelser til forældre, hvis børn mangler at modtage én eller flere vaccinationer ifølge det danske børnevaccinations-program.

- sikre elektroniske kommunikationsmuligheder mellem almen praksis og kommunerne om de børn, hvor man er bekymret for barnets fysiske, psykiske eller sociale udvikling. Der skal blandt andet udvikles en standard for overlevering af 5-års status til den kommunale sundhedstjeneste.
- inddrage forældrene i al kommunikation omkring barnet.

#### **4.4.3. Forløbsprogram for overvægtige børn**

I 2013 blev Videnscenter for børn og unge med overvægt etableret i regi af børnespecialet på Aalborg Universitetshospital. Videnscenterets formål er bl.a. at sikre viden og evidens omkring børn og unges overvægt. Videnscenteret samarbejder med de nordjyske kommuner om indsatsen for svært overvægtige børn med henblik på at sikre en fælles tværfaglig og tværsektoriel indsats for de 8–12 årige børn (Projekt "Nordlet"). Med henblik på at sikre den fremtidige indsats har vi aftalt, at:

- udvikle et forløbsprogram for overvægtige og svært overvægtige børn og unge. Forløbsprogrammet skal beskrive det optimale tilbud samt den arbejdsdeling, der bør være mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Det afklares om forløbsprogrammet skal omsættes til konkrete samarbejdsaftaler mellem region og kommuner.
- inddrage erfaringerne fra det tværsektorielle samarbejde i projekt "Nordlet" samt projekt "Bopas" (samarbejde mellem Aalborg Kommune og Børne-specialet på Aalborg Universitetshospital) i udarbejdelsen af forløbsprogrammet.
- beskrive evt. supplerende tilbud fra Videnscentret, herunder telefonrådgivning ift. kommunernes tilbud til overvægtige børn og ift. konkrete sager, der ikke tilhører Videnscentrets målgruppe, men hvor kommunerne har behov for rådgivning.

#### **4.4.4. Forældre-uddannelser**

Ifølge Sundhedsstyrelsen er det ca. 15 % af de kommende mødre, der er sårbare, og hvor der er behov for en indsats, som giver børnene en god start i livet og forebygger social ulighed i sundhed. Der skal i aftaleperioden etableres tværsektorielle forældre-uddannelser som et tilbud til alle familier ved første graviditet.

Evalueringer af denne type af tilbud viser, at tilbuddene i høj grad formår at rumme alle gravide, herunder også gravide, der er særligt sårbare og/eller socialt udsatte. Visse grupper af gravide har dog vanskeligt ved at modtage tilbuddene. Det drejer sig bl.a. om kvinder, der har sproglige udfordringer med dansk.

Vi har aftalt, at:

- alle kommuner, inden aftaleperiodens udløb har etableret en forældre-uddannelse i samarbejde med regionens jordemodervæsen. Ifølge Økonomiaftalen tilføres Jordemodervæsenet allerede i 2014 midler til etablering af samarbejde med de kommuner, der måtte ønske det.

- udvikle de nye forældreuddannelser i et tværsektorielt samarbejde mellem de kommunale sundheds-tjenester og jordmodervæsenet herunder at sikre fastholdelse af de gravide i sektorovergangen mellem jordmodervæsen og kommune.
- sikre at kommunernes og jordmodervæsenets tilbud udgør et sammenhængende forløb for gravide og førstegangsfødende i Region Nordjylland. Der skal både tages hensyn til kommunernes forskel-ighed og til regionens ønske om at sikre alle gravide førstegangsfødende ensartede tilbud.

#### **4.4.5. Special-tilbud til gravide – Familieambulatoriet**

Familieambulatoriet er et regionalt specialtilbud til gravide med et risikoforbrug eller misbrug af alkohol, narko-tika, medicin eller andre afhængighedsskabende stoffer samt til gravide med alvorlig psykiatrisk sygdom (ski-zofreni, bipolar lidelse og svær borderline). Tilbuddet omfatter de gravide og deres børn. Børn, der i gravidite-ten har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, følges af psykolog og børne-læge indtil skolealderen.

Formålet er at begrænse de medfødte skader, følgesygdomme, opvækstbetingede udviklingsproblemer, om-sorgssvigt mv., som ofte optræder i denne børnegruppe. Alle kommuner i regionen har indgået samarbejdsaf-tale med Familieambulatoriet.

Der er dog geografiske udfordringer, der betyder, at det kan være vanskeligt for nogle gravide at benytte sig af tilbuddet.

Vi har aftalt, at:

- alle gravide i målgruppen skal kunne modtage Familieambulatoriets tilbud. Familieambulatoriet har i dag udgående funktioner ift. dele af tilbuddet, mens andre dele udelukkende foregår på Aalborg Uni-versitetshospital.
- udarbejde forslag til samarbejdsmodeller der kan imødekomme de geografiske udfordringer, nogle kommuner oplever i forhold til, at deres gravide kan modtage Familieambulatoriets tilbud.
- afprøve og evaluere mindst to forskellige samarbejdsmodeller. Dette sker i et samarbejde mellem Familieambulatoriet og udvalgte kommuner, der oplever geografiske udfordringer i samarbejdet med Familieambulatoriet.

#### **4.4.6. Andre udsatte gravide**

Vi skal sikre, at alle sårbare gravide opspores og gives tilbud. Der kan være kvinder, som ikke kan deltage i forældreuddannelserne, eller som ikke er målgruppe for Familieambulatoriets tilbud.

Vi har aftalt, at:

- afdække hvilke grupper af sårbare og socialt udsatte gravide, der ikke kan deltage i forældreuddannelserne eller er målgruppe for Familieambulatoriet. Det kan bl.a. være gravide med psykiatriske problemstillinger.
- sikre en hensigtsmæssig kommunikation om disse gravide.
- anvende erfaringerne fra de to satspuljeprojekter omkring udsatte gravide til at afprøve eventuelle nye tiltag. Det drejer sig om et projektsamarbejde mellem Sygehus Vendsyssel og Hjørring Kommune "Kom godt i gang", hvor man afprøver et screenings/samtaleredskab til opsporing af udsatte gravide. Det drejer sig også om "Klar til hverdagen som familie" - et projektsamarbejde mellem Aalborg Universitetshospital og fem nordjyske kommuner. Projektet har bl.a. fokus på at udarbejde uddannelses- og beskæftigelsesplaner for de udsatte gravide/nybagte mødre.

#### **4.4.7. Tidlig opsporing af børn og unge med psykiske problemer**

Sektorerne oplever et stigende antal børn og unge, der har psykiske problemer ifølge Sundhedsprofilen 2013. Sektorerne ønsker bedre mulighed for tidlig opsporing og dermed forebyggende indsatser. Dette gælder blandt andet i forhold til unge kvinder, der viser tegn på mistroivsel samt børn og unge med psykiske symptomer, som skyldes psykosociale problemstillinger.

Vi har aftalt, at:

- udveksle gensidig information som vedrører udviklingstendenser omkring børn og unge med trivselsproblemer og/eller begyndende psykiske vanskeligheder/symptomer. Hvad oplever kommunerne, almen praksis og Psykiatrien af problemstillinger?
- komme med forslag til forebyggende indsatser, der kan imødekomme de udviklingstendenser og udfordringer, der afdækkes.

#### **4.5. Informationsindsats om sundhedsvæsen, sundhed og forebyggelse**

Der er borgere, som, pga. etnicitet, læsefærdigheder, forståelsesvanskeligheder mv., kan have svært ved at orientere sig i sundhedsvæsenet og vide hvor, der kan søges hjælp til specifikke sundhedsmæssige udfordringer. Denne problemstilling vil kunne imødekommes gennem målrettet information til borgerne de steder, hvor borgeren i forvejen er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Vi har aftalt, at:

- afdække, om der er behov for en fælles indsats, der sikrer information til borgerne om sundhedsvæsen, sundhed og forebyggelse. Informationen skal i sin form, indholdsmæssigt og som informationsbærende medie være tilgængelig for alle målgrupper, herunder særligt grupper med læse- og forståelsesvanskeligheder. Erfaringer lokalt, regionalt, nationalt og internationalt inddrages.



- eventuelt at beskrives evt. en model for en fælles løsning, der omfatter arenaer som f.eks. sundhedscentre, sygehuse og almen praksis, på et tidssvarende digitalt informationsbærende medie. Organisatoriske, økonomiske og personalemæssige konsekvenser beskrives.

## 4.6. Rådgivning og kompetenceudvikling

### Den regionale rådgivningsforpligtelse

Regionerne er ifølge Sundhedslovens § 119 stk. 3 forpligtet til at yde kommunerne rådgivning i forhold til forebyggelsesindsatsen. En del af denne rådgivning vil foregå bilateralt, men hovedparten af rådgivningsforpligtelsen vil udmønte sig i vederlagsfri tværsektorielle temadage og i regi af de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler (se afsnit om kronikerindsatsen i sundhedsaftalen om genoptræning/rehabilitering).

Regionen er ansvarlig for:

- at tilbyde tværsektorielle temadage og tilrettelægge kursusforløb for relevant personale i kommuner, på sygehuse og i almen praksis.
- jævnligt at informere om tilgængelige tilbud. Herunder f.eks.:
  - muligheden for at modtage supervision og undervisning til at styrke det professionelle netværk, der har kontakt til psykisk syge og deres børn (ifølge bilag i Den Tværsektorielle Grundaftale som vedrører indsatsen i forhold til børn med en psykisk syg forælder)
  - Tilbud om anonym rådgivning og test af kønssygdomme ved privat praktiserende hudlæger i regionen.
  - Tilbud om abortstøttesamtaler ved privat prak. læger og på Aalborg Universitetshospital, Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors.
- at implementere ny viden og nye metoder i den regionale forebyggelsesindsats
- registrere deltagelse i temadage/kursusforløb, samt evaluere disse i forhold til deltagernes tilfredshed.

Kommunen er ansvarlig for:

- at relevant personale deltager i de tværsektorielle temadage/tværsektorielle møder.
- at bidrage til at synliggøre relevante behov for temadage/kursusforløb
- at implementere ny viden og nye metoder i den kommunale forebyggelsesindsats.

Almen praksis er ansvarlig for:

- at relevant personale deltager i de tværsektorielle temadage/tværsektorielle møder.
- at bidrage til at synliggøre relevante behov for temadag/kursusforløb.
- at implementere ny viden og nye metoder i almen praksis forebyggelsesindsats.

## Kompetenceudvikling

En forudsætning for sammenhæng i den regionale og kommunale forebyggelse er, at indsatserne bygger på samme faglige dokumentation/evidens så patienter og borgere møder de samme budskaber i primær og sekundær sektor. Indsatsen beskrevet nedenfor understøtter den politiske målsætning om at region, sygehuse, almen praksis og kommuner skal samarbejde respektfuldt og dele viden; herunder skabe fælles faglige miljøer.

For at sikre sammenhæng i forebyggelsesindsatsen har parterne aftalt at samarbejde omkring systematisk tværsektoriel kompetenceudvikling. Dette med henblik på at skabe et godt grundlag for metodeudvikling i sektorerne samt at etablere en platform for den regionale rådgivningsforpligtelse.

Kompetenceudviklingen skal dels fokusere på de faktorer, der bredt påvirker alle befolkningsgruppers sundhed, dels de faktorer der påvirker særligt udsatte gruppers sundhed:

- Forebyggelse og sundhedsfremme også med fokus på udsatte borgere.
- Social ulighed i sundhed. Den sociale gradient og fokus på særligt udsatte grupper og grupper med særlige behov.
- Sundhedspædagogiske metoder, særligt i forhold til udsatte grupper og grupper med særlige behov.
- Planlægnings- og evalueringsmetoder til brug for den kommunale og regionale forebyggelsesindsats.

Der er i aftaleperioden særlig fokus på:

- Tidlig opsporing af henholdsvis psykiatrisk og somatisk sygdom.
- Sammenhængende forebyggelsesforløb for bl.a. børn og unge, borgere med misbrugsproblemer, borgere med kronisk sygdom, nedsat funktionsevne, ældre borgere, borgere med psykiske sygdomme og socialt udsatte borgere.
- Inddragelse af brugere og pårørende i alle sektorer, herunder etik og konkrete metoder til inddragelse
- Sundhedspædagogik i forhold til via sprog, kultur og adfærd at møde socialt udsatte borgere, herunder psykiatriske patienter, med ligeværd og respekt.
- Sikring af at nye tværsektorielle tiltag i aftaleperioden løbende understøttes af fælles tværsektoriel kompetenceudvikling.

Kompetenceudviklingen kan f.eks. foregå som tværsektorielle temadage eller som egentlige kursus-forløb.

Hver sektor har ansvar for, at egne medarbejdere har de nødvendige kompetencer, som varetagelsen af og ansvaret for opgaven forudsætter. Ved opgaveoverdragelse mellem sektorer indgås konkrete aftaler om kompetenceudvikling til relevante medarbejdere.

#### **4.7. Samarbejdsaftaler omkring infektionshygiejnisk rådgivning**

Kommunerne har, for nuværende, mulighed for at indgå bilaterale samarbejdsaftaler med Infektionshygiejnen på Aalborg Universitetshospital mod betaling. Disse samarbejdsaftaler er udviklet, så de i omfang dækker tre rådgivningsniveauer. Rådgivningen omfatter bl.a. vejledning ift. patienter med multiresistente bakterier (udover MRSA) samt rådgivning og undervisning om at opbygge et infektionshygiejnisk beredskab i kommunerne. Der er kommuner, der har indgået samarbejdsaftaler med Infektionshygiejnen. Der er også kommuner, der har indgået samarbejdsaftaler med anden aftalepart eller endnu ikke har indgået samarbejdsaftale. Region og kommuner er enige om, at det er afgørende, at alle kommuner har et beredskab til at forebygge multiresistente bakterier.

Vi har aftalt, at:

- kommunerne har adgang til infektionshygiejnisk rådgivning inden 2017.
- sikre at de forskellige modeller for samarbejdsaftaler om rådgivning omkring infektionshygiejne er opdaterede og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne. Samtidig revideres bilaget "Infektionshygiejnisk rådgivning og vejledning i Region Nordjylland" i Den Tværsektorielle Grundaftale.
- genforhandle samarbejdsaftale vedr. infektionshygiejne mellem kommunerne og Region Nordjylland senest 2016.

#### **4.8. Særligt om MRSA (MethicillinResistent Staphylococcus Aureus)**

På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger har regionen en MRSA-enhed, der tilbyder vederlagsfri rådgivning ift. at forebygge spredning af MRSA. MRSA-enheden har til formål at koordinere indsatsen mellem sygehuse og kommuner samt almen praksis; herunder sikre overvågning, undervisning af fagpersoner samt bistand med ekspertviden ved behandling af smittede personer.

MRSA-enheden har til opgave at sikre implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og vejledninger; herunder sikre det daglige arbejde med udredning, behandling og rådgivning af patienter.

Indsatsen omfatter alle borgere i Region Nordjylland; herunder bl.a. borgere i/på sygehuse, plejecentre, plejehjem, døgn- og daginstitutioner, hjemmeplejen, dagtilbud, skoler, børnehaver og private hjem.

## 5. Behandling og Pleje

Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Behandling og Pleje er;

*”at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet”.*

Aftalen er en udviklingsaftale, der bygger videre på Sundhedsaftalen 2011–2014. Aftalen udvikles der, hvor parterne har set et behov for at gøre en særlig indsats fx for konkrete sårbare grupper eller hvor der er et behov for at optimere samarbejde og kommunikation omkring indlæggelses- og udskrivningsforløb.

### 5.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorer

Følgende aftaler fra Sundhedsaftalen 2011–2014 videreføres i Den Tværsektorielle Grundaftale, som beskriver den generelle arbejdsdeling og samarbejdet mellem sektorerne:

- Sundhedsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Sundhedsaftale til sikring af tværsektoriel koordineret opgaveflytning
- Sundhedsaftale om kommunikation på fødselsområdet
- Sundhedsaftale om forløbskoordinering af den ældre medicinske patient
- Aftale vedrørende voksne med sindslidelse
- Aftale vedrørende børn og unge med sindslidelse
- Aftale vedrørende retspsykiatriske patienter
- Aftale vedrørende mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)
- Aftale vedrørende ældrepsykiatriske patienter

I det omfang det er nødvendigt, revideres aftalerne i aftaleperioden.

Følgende er aftalt:

- Indsatsen vedr. børn og unge med sindslidelse skal revideres i aftaleperioden. Der skal være særlig opmærksomhed på henvisningen samt beskrivelse af organisering og lovgivning.
- Aftalen vedrørende mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose) skal revideres. Særligt skal der sættes fokus på den styrkede indsats/samarbejde om udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug/afhængighed. Der skal være særlig opmærksomhed på henvisningen samt beskrivelse af organisering og lovgivning.

## 5.2. Konkrete indsatser og aftaler

I sundhedsvæsenet søger vi - almen praksis, kommuner og sygehuse - at optimere vores behandlings- og plejemæssige indsats indenfor egne myndhedsområder / opgaveporteføljer.

Vi er enige om, at koordinere vores indsats endnu bedre og derved skabe øget sammenhæng og kvalitet for borgeren med udgangspunkt i borgerens eget perspektiv og behov. Herudover vil vi have fokus på bedre kommunikation, idet kommunikationen mellem region, kommune, almen praksis og borger skal være rettidig, fyldestgørende og meningsfuld.

Konkret indgås aftaler om øget fokus på borgerinddragelse, udvidelse af målgruppen for kommunernes udgående funktion i akutte forløb, kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud, sikring af differentierede tilbud, optimering og nytænkning af eksisterende sundhedstilbud, samarbejde på tværs, den gode henvisning og epikrise, kontaktmulighed til alle sygehusambulatorier og sygehusafdelinger samt medicin håndtering ved sektorovergange.

### 5.2.1 Øget fokus på borgerinddragelse og særlige målgrupper.

Patient- eller borgerperspektivet er ikke nyt, men der er potentiale for at udvikle sundhedsvæsenet ved at styrke borgerinddragelsen. Helt overordnet er det målet, at der altid er en ligeværdig og anerkendende dialog med borgeren og dennes pårørende – både i den konkrete situation, men også når nye tilbud planlægges eller, når tilbud evalueres. Det gør, at tilbud i højere grad kan tilpasses borgerens situation, og at borgerens ressourcer inddrages.

Vi har aftalt, at:

- der i alle forløb skal være tale om en ligeværdig dialogbaseret tilgang. Formålet er at afklare borgerens ressourcer og behov ud fra en rehabiliteringstankegang, hvor der fokuseres på borgers evne til at mestre egen sygdom, og hvor vi sammen med borgeren tilrettelægger det rigtige forløb. Et forløb der er tværfagligt og tværsektorielt koordineret, hvor borgerens ressourcer inddrages aktivt.

Konkrete vil vi:

- arbejde med en revision af de eksisterende diagnose- og målgruppespecifikke aftaler, der ligger i Den Tværsektorielle Grundaftale. Der skal være opmærksomhed på, at de understøtter perspektivet om inddragelse af borger og pårørende
- afklare behovet for nye aftaler i forhold til specifikke målgrupper, f.eks. borgere med psykiatriske lidelser og samtidige somatiske problemstillinger, borgere med misbrug samt handicappede børn. Se evt. afsnittet Kronikerindsatsen i kapitel 6.

Det er aftalt, at når sundhedsaftalerne revideres/udarbejdes:

- tages der individuelle hensyn til den enkelte borger i det konkrete forløb. Borgerrepræsentanter for den pågældende målgruppe inddrages i arbejdet; eventuelt gennem Patientinddragelsesudvalget.
- tages der udgangspunkt i nationale forløbsprogrammer, anerkendt materiale og anbefalinger.
- afstemmes kommunikationen om og med borgeren i det enkelte forløb. Kommunikationen er afstemt mellem sektorerne og tilpasset borgerens behov og ressourcer. Herunder aftales, hvilken information borgeren skal have ved sektorovergange.
- skal der være fokus på løbende systematisk kvalitativ tværsektoriel opfølgning på borgerforløb. Det kan fx være via gennemførelse af "feedbackmøder", "fokusgruppeinterviews", "borgerinterviews" osv.
- tænkes der indholdsmæssigt bredt, så at Forebyggelse, Behandling og Pleje og Genoptræning og rehabilitering samt evt. understøttende Sundheds-IT er med i borgerforløbene, ligesom beskæftigelsesområdet skal indtænkes.

Vi har desuden aftalt, at:

- de nationale kliniske retningslinjer implementeres løbende, efterhånden som de udarbejdes. Det skal afklares, hvordan samarbejdet vedrørende de tværsektorielle kliniske retningslinjer skal foregå i Nordjylland for at sikre den bedste implementering.
- konceptet med en "stafetholder" udvikles tværsektorielt, så der sikres et fælles koncept og ejerskab hertil. Det skal afklares, hvornår koordineringen af det enkelte forløb bedst sikres ved udpegning af en relevant "stafetholder". Det er afgørende i processen at få præciseret terminologien og det konkrete indhold i rollerne. Et eksempel på et koncept for "stafetholder" er tankerne om Patientens Team.
- der i aftaleperioden sker en styrkelse af borgeres brug af livstestamente og sikres klare aftaler om, hvordan medarbejdere i almen praksis, kommuner og sygehuse dokumenterer og anvender udarbejdede livstestamenter, så borgerens valg respekteres.
- det vurderes om eksisterende datakilder er tilstrækkelige til, at sikre ledelsesmæssig opfølgning på, om vores fælles sundhedsvæsen i højere grad end tidligere bliver bedre til at møde borgeren i en ligeværdig dialog, eller om der er brug for supplerende datamateriale.

### **5.2.2 Sikring af differentierede tilbud med udgangspunkt i borgerens ressourcer**

Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Det medfører, at borgerne får forskelligt udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. For at mindske uligheden i sundhed skal der udvikles differentierede tilbud, så borgerne mulighed for at få samme udbytte af sundhedsvæsenets øges. Målet er, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Vi har derfor aftalt, at vi skal udvikle løsninger så borgere med særlige behov kan profitere af et behandlingstilbud.

Vi har aftalt, at:

- der skal udvikles differentierede tilbud, så borgerne understøttes i at få størst muligt udbytte af sundhedsvæsenets ydelser.

Konkret vil vi:

- i aftaleperioden sikre en særlig aktiv opfølgning på de borgere, der har svært ved at passe aftaler eller i øvrigt har lav mestringsevne i forhold til egen sundhed/sygdom.
- i aftaleperioden undersøge, om der er behov for, at der indgås en skriftlig aftale om ledsagelse og praktisk hjælp i forbindelse med, at borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne skal modtage sygehusbehandling

### **5.2.3. Udvidelse af målgruppe for kommunernes udgående funktion i akutte forløb**

Beskrivelsen af det tværsektorielle samarbejde i det akutte forløb op til en eventuel indlæggelse fremgår af den eksisterende Sundhedsaftale om forløbskoordinering for den ældre medicinske patient. Formålet med en styrket indsats er at forbedre borgerens forløb via tidlig opsporing og indsats – og dermed undgå forebyggelige indlæggelser (herunder genindlæggelser) og styrke sammenhængen i de tværsektorielle forløb.

Det er endvidere aftalt, at alle kommuner etablerer en udgående funktion, som udgangspunkt er bemandet med sygeplejersker, der er uddannede i akutte problemstillinger. Funktionen kan tilse borgeren indenfor én time, hvis den praktiserende læge (herunder vagtlæge) vurderer, at der er behov herfor.

Kvalitetssikringen af forløbskoordineringen sker på baggrund af audits af patientforløb en gang om året. Formålet med disse er, at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge indlæggelser af den særligt svækkede ældre medicinske patient.

Den nuværende aftale om etablering af en udgående kommunal funktion omfatter kun "de ældre", de "medicinske" og de "somatiske" borgere, hvorfor tilbuddet med fordel kan udvides til at gælde alle voksne borgere med behov for akut sygeplejefaglig vurdering.

Vi har aftalt, at:

- målgruppen for den eksisterende udgående funktion udvides til at gælde alle voksne borgere med akut behov for sygeplejefaglig vurdering – herunder også på sigt inddragelse af borgere med ”lettere”, akutte psykiatriske problemstillinger.

Konkret vil vi:

- sikre kompetenceudvikling i relation hertil. Det skal defineres, hvilke konkrete problematikker, som borgere med ”lettere”, akutte problemstillinger omfatter. Der skal foretages en analyse af målgruppens størrelse, det sundhedsfaglige kompetencebehov, mulig organisering og samarbejdsgrundlag, før den konkrete indsats kan igangsættes. Det indledende arbejde kan eksempelvis tage udgangspunkt i udfyldelsen af dialoggrundlaget i Sundhedsaftalen om sikring af koordinerede opgaveflytninger.
- at det i aftaleperioden vurderes, om der er behov for at udvide Sundhedsaftalen om forløbskoordinering eller/og koordinere aftalen med genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.
- I aftaleperioden tilrettes ”Sundhedsaftale om forløbskoordinering af den ældre medicinske patient” for den udgående kommunale funktion for så vidt angår den udvidede målgruppe.

#### **5.2.4 Samarbejdsaftale mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud**

Tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til ”Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje” fra april 2014. Heraf fremgår det dog også, at *rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftalen.*

Vi har aftalt, at:

- der i aftaleperioden indgås en samarbejdsaftale om rammerne for samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner og de regionale behandlingstilbud. Her tænkes særligt på almen praksis, men også adgang til hurtig supplerende diagnostik på sygehusene.

Konkret vil vi:

- sikre, at de kommuner, der vælger at supplere deres eksisterende tilbud om en udgående funktion med kommunale akutpladser, efterlever anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med sy-



gehus og almen praksis. Udgangspunktet for anvendelsen af akutpladser skal være, at det er et bedre tilbud for borgeren end alternativet fx. en akut sygehusindlæggelse

- Sikre, at det sundhedsfaglige indhold på akutpladser afklares i en samarbejdsaftale. En forudsætning for relationel og sikker drift er lægedækning. Udover lægedækning skal transportudgifter, adgang til hurtig diagnostik, subakutte/akutte ambulatorietider og gensidig tilgængelighed afklares. Det er vigtigt med lokalt ejerskab hos almen praksis til dette tilbud, og almen praksis v/ PLO-Nordjylland og Kvalitetsheden for Almen Praksis (Nord-KAP), inddrages i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftalen. De kommunale praksiskonsulenter kan inddrages i arbejdet efter aftale med den enkelte kommune.

### **5.2.5 Optimering og nytænkning af vores eksisterende sundhedstilbud**

Den demografiske udvikling i befolkningen udgør en stor fælles udfordring for det samlede sundhedsvæsen. Dette kombineret med nye behandlingsmetoder som medfører, at vi kan behandle flere sygdomme, gør at vi skal optimere vores forløb og behandlingsregimer ud fra princippet om Lavest Effektive Omsorgsniveau (LEON-princippet). Borgeren skal tilbydes en fuldt forsvarlig behandling på det laveste specialiseringsniveau og det mest omkostningseffektive niveau, hvor positiv udvikling for borgeren sikres.

Det Nordjyske storskalaprojekt "TeleCare Nord" er et eksempel på, hvordan eksisterende behandlingsregimer udfordres og inddrager borgeren i kontrol og behandling på en ny måde ved hjælp af teknologi.

Vi har aftalt, at:

- vi skal optimere vore sundhedstilbud og inddrage teknologi, hvor det giver en bedre kvalitet for borgeren og /eller er billigere for samfundet.

Konkret vil vi:

- afvente evalueringen af TeleCare Nord projektet, så resultaterne herfra kan inddrages, før endnu et stort telemedicinsk udviklingsprojekt igangsættes.
- erstatte faste kontroller på sygehusene med individualiserede tilrettelagte forløb planlagt mellem sygehus, alment praktiserende læge, ambulatorium og den enkelte borger. Det kan overvejes at udvikle mulighed for digital dialog med lægen for at øge tilgængeligheden.
- arbejde på at forbedre forløbskoordinering for borgere med flere kroniske sygdomme. Udgangspunktet tages i erfaringerne fra det igangværende metodeudviklingstiltag mellem almen praksis og kommunerne om forløb for sårbare ældre medicinske patienter. (Delelement i Sundhedsaftalen om forløbskoordinering).

- indgå overordnede aftaler om opgaveflytning i forbindelse med receptfornyelser. Den ordinerende læge kan eksempelvis delegere udskrivelse af recepter til andet sundhedspersonale eller anden part.

### **5.2.6 Samarbejde på tværs**

I tidligere sundhedsaftaler har fokus primært været på udviklingen af en lærende, respektfuld og stærk samarbejdskultur mellem almen praksis og sygehus og mellem kommune og sygehus. Det vigtige lokale samarbejde mellem alment praktiserende læger og kommunen er forankret i det Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU).

Det politiske fokus er, at vi skal bruges hinandens ressourcer meningsfuldt, og at vi systematisk skal dele viden på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse, så alle parter har gode forudsætninger for at løse deres del af opgaven.

Det er i denne sammenhæng vigtigt, at der findes en form for organisering til at løfte, understøtte og sikre et ligeværdigt samarbejde i forhold til implementeringen af sundhedsaftalen. Udover en styrkelse af de Kommunale Lægelige Udvalg, er der gode erfaringer med tværsektorielle praktikforløb, delestillinger og fælles kompetenceudviklingsforløb. Herunder er der krav om efteruddannelse af de praktiserende læger, hvor det tværsektorielle samarbejde er et oplagt tema.

Vi har aftalt, at:

- samarbejdet mellem kommuner og almen praksis styrkes i aftaleperioden.

Konkret vil vi;

- sikre, at Nord-KAP får en understøttende rolle i forhold til de kommunalt ansatte praksiskonsulenter i fælleskommunale indsatser, såfremt kommunerne ønsker dette bevilger disse timer til konsulenternes deltagelse. Formålet er at styrke netværk og understøtte forpligtende fælles kommunale initiativer.
- etablere processer til sikring af udviklingen af det nære samarbejde mellem kommune og almen praksis (fx. i form af praktikophold eller fælles kompetenceudvikling).

### **5.2.7 Den gode henvisning.**

Somatiske og psykiatriske patienter henvises til sygehusene ud fra gældende retningslinjer for henvisninger af patienter til regionens sundhedsvæsen ([www.pri.m.dk](http://www.pri.m.dk)). De årlige opfølgninger viser, at vi stadig har udfordringer i at sikre fyldestgørende henvisninger.

Vi har aftalt, at;

- arbejdet med at sikre præcise og fyldestgørende henvisninger styrkes i perioden.

Konkret vil vi;

- evaluere og eventuelt revidere vejledningen om den gode henvisning med baggrund i de nationale tiltag. Herunder se på hvad sygehusene konkret kan gøre, hvis en henvisning er mangelfuld.
- implementere den dynamiske henvisning. Den dynamiske henvisning rummer muligheder for en mere målrettet henvisning, som indeholder de nødvendige oplysninger. En forudsætning for implementering er en forbedring af funktionaliteten af visse systemer i den enkelte klinik og klare aftaler om indhold.
- sikre, at alle ikke-akutte henvisninger indeholder, hvad der er sagt til borgeren, og hvad borgeren forventer bliver løst, og at dette printes ud til borgeren.

### **5.2.8 Den gode epikrise**

Selvom der er sket fremskridt i fremsendelse af epikriser til praktiserende læger efter ambulante besøg eller udskrivning, er epikriser fortsat en af de store udfordringer. Det gælder både kvaliteten i epikriserne, og hvornår de bliver fremsendt til almen praksis. Dette har bl.a. stor betydning for, om Sundhedsaftale om forløbskoordinering for den ældre medicinske patient og Opfølgende hjemmebesøg kan implementeres i praksis.

Vi har aftalt, at:

- Arbejdet med at sikre præcise, rettidige og fyldestgørende epikriser styrkes i perioden.

Konkret vil vi;

- evaluere og revidere af den regionale retningslinje for udarbejdelse af den gode epikrise. Herunder;
  - afklare, hvad der skal til for, at sygehusene kan udsende epikrisen rettidigt.
  - fastlæggelse af hvornår epikrisen kan forventes læst af almen praksis, samt om indholds rækkefølgen i epikrisen eventuelt kan ændres, så det vigtigste står øverst.
  - sikre at det af epikrisen fremgår, hvad der er "sagt og aftalt med borgeren", og hvis muligt at det printes ud og gives til borgeren ved udskrivning fra sygehus/afslutning på ambulante forløb.
  - afklare om korrespondancemeddelelser eller andre tekniske muligheder kan supplere epikrisen, for at sikre at anbefalinger om opfølgning læses af almen praksis.
  - afklare, hvordan der sikres en tid til opfølgning hos praktiserende læge, i de tilfælde det er relevant.

- afklares, hvad almen praksis konkret kan gøre, hvis der modtages en mangelfuld epikrise.

### **5.2.9 Kontaktmulighed til sygehusambulatorier og sygehusafdelinger**

I akutmodtagelserne blev der i efteråret 2013 etableret en kontaktordning, hvor borgere, pårørende, kommunalt sundhedspersonale og praktiserende læger har mulighed for at kontakte akutmodtagelsen i op til 72 timer efter udskrivelsen. Denne ordning harmonerer hensigtsmæssigt med aftalen om at epikrisen skal være egen læge i hænde senest tre hverdage efter udskrivelsen.

Vi har aftalt, at:

- styrke sygehusets telefontilgængelighed efter ambulant besøg eller udskrivning samt den gensidige tilgængelighed mellem sygehuse og almen praksis.

Konkret vil vi:

- i aftaleperioden etablere en kontaktordning på baggrund af de erfaringer, der er med den kontaktordning, der er på sygehusets akutområde; En kontaktordning, hvor borgere og evt. pårørende, kommunalt sundhedspersonale og praktiserende læger har mulighed for at kontakte ambulatorium eller udskrivende afdeling telefonisk i op til tre hverdage efter besøget/udskrivelsen og få et hurtigt svar.
- i aftaleperioden implementere en ensartet model for lettere telefontilgængelighed mellem sygehuslæge og praktiserende læge.

### **5.2.10 Problemstillinger ved medicinhåndtering ved sektorovergange**

Det fælles medicinkort (FMK) forventes at være implementeret i alle sektorer i løbet af 2015. Det betyder, at alle parter får adgang til at dele den samme information om aktuell lægeordineret medicinsk behandling, så der ideelt set ikke længere skal bruges tid på at kontakte hinanden for at få opdateret medicinlister. Det vil blive til stor gavn for alle, men FMK vil ikke løse alle problemstillinger i forhold til medicinhåndtering. Området er præget af mange aktører/arbejdsgrupper med hver deres fokus. Eftersom medicinområdet er et område, hvor der traditionelt sker mange utilsigtede hændelser, der ofte er medvirkende årsag til akutte indlæggelser, bør de problemstillinger, som FMK ikke løser, adresseres snarest muligt og ikke afvente den fulde implementering af FMK. Det er derfor vigtigt løbende at arbejde på at mindske antallet af de utilsigtede hændelser, der sker i forbindelse med medicingivning.

Vi har aftalt, at;

- de problemstillinger i sektorovergangene som implementeringen, af det Fælles MedicinKort ikke løser, skal beskrives med henblik på at finde løsninger.

Konkret vil vi:

- beskrive de problemstillinger, som implementeringen af FMK ikke løser, samt beskrive eksisterende organisering af medicinområdet. På baggrund heraf igangsættes tiltag, som kan medvirke til at forbedre patientsikkerheden.

## 6. Genoptræning og Rehabilitering

Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Genoptræning og rehabilitering er:

*”at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet”.*

Indsatserne i Genoptræning og Rehabilitering bygger på værdierne i WHO’s definition af rehabilitering;

*”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.”*

Sundhedsaftalen bygger desuden på Sundhedsaftalen 2011–2014 samt på aftaler om kronikerindsatsen og sygdomsspecifikke områder.

### 6.1. Generel arbejdsdeling og samarbejde på tværs af sektorer

En stor del af den generelle arbejdsdeling for indsatsområdet er skitseret i de aftaler, der videreføres i Den Tværsektorielle Grundaftale, som er;

- Hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Genoptræning
- Kronikerområdet; Rameaftalen, som skitserer de generelle principper; de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler for KOL, Hjerte-kar, Diabetes, Demens, Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, som konkretiserer arbejdsdelingen indenfor de enkelte områder.
- Børn og unge med erhvervet hjerneskade
- Voksne med erhvervet hjerneskade

I det omfang det er nødvendigt revideres aftalerne. Det er allerede aftalt, at følgende aftaler skal revideres;

- Genoptræning - idet en ny bekendtgørelse og en ny vejledning træder i kraft d. 1. januar 2015.
- Rameaftalen for kronikerområdet.
- De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler for Diabetes, KOL og Hjerte-karsygdomme - så de lever op til gældende retningslinjer.
- Sundhedsaftalerne for både børn og unge med erhvervet / medfødt hjerneskade og voksne med erhvervet hjerneskade - idet der p.t. sker ændringer i arbejdsdelingen, bl.a. i relation til regionens nye

organisering af hjerneskadeområdet. Desuden skal der være en opmærksomhed på, at den nye vejledning på genoptræningsområdet også kan få betydning for hjerneskadeområdet.

Aftalen inkluderer desuden to nye områder:

- træning i stedet for operation
- styrket tværsektoriel indsats for borgere med kroniske smerter.

På disse områder udvikles og aftales en arbejdsdeling i forbindelse med gennemførelse af projekterne - herunder i forhold til almen praksis.

## 6.2. Konkrete indsatser og aftaler

Sundhedsaftalen har et gennemgående fokus på borgere, som har behov for indsatser kendetegnet ved særlige koordineringsbehov, flere samtidige indsatser, høj kompleksitet, og hvor der er behov for stor sammenhængskraft mellem region, kommuner og almen praksis. Dette afspejles i nedenstående.

### 6.2.1. Overordnet fokus

International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) har de senere år været en af grundstenene indenfor rehabilitering, idet den udfolder en helhedsorienteret tilgang til dette arbejde. ICF inddrager på en systematisk måde borgerens kropsniveau, aktivitetsniveau, deltagelsesniveau samt borgerens personlige faktorer og dennes kontekst. Med ICF som udgangspunkt vil det derfor være muligt at sikre en systematik, som gør arbejdet med borgeren mere helhedsorienteret - det kan fx være i forhold til arbejdet med målsætninger i rehabilitering og i arbejdet med at monitorere de forskellige indsatser.

Vi har aftalt, at;

- en helhedsorienteret / rehabiliterende tilgang skal være fælles udgangspunkt for arbejdet med patienter / borgere.

Konkret vil vi;

- i den kommende periode arbejde systematisk med at udbrede ICF tankegangen – dels overordnet og dels i relation til konkrete indsatser. Det gælder også det psykiatriske område, hvor det skal ses i sammenhæng med den recovery<sup>3</sup> tilgang, der de senere år har vundet indpas.

---

<sup>3</sup> Recovery defineres grundlæggende som en personlig proces, der sker i hverdagslivet. Målet med recovery er at blive i stand til at leve et tilfredsstillende og meningsfyldt liv på trods af de begrænsninger, man bærer med sig. Det er en dybt personlig proces, der er meget forskellig fra menneske til menneske. Det kan tage tid at komme sig, og det er individuelt, hvor meget tid det tager.

### 6.2.2. Borgere med komplekse problemstillinger

Rehabilitering af borgere med komplekse problemstillinger er meget omfattende og af meget varierende karakter og derfor individuelt tilrettelagt. På sygehusene er det muligt at opsamle viden og erfaring med at håndtere disse borgere, mens det kan være mere vanskeligt i den enkelte kommune og i almen praksis. Det er derfor nødvendigt, at der er et tæt samarbejde mellem sygehuse, kommuner og almen praksis omkring disse borgere.

Vi har aftalt, at:

- der skal udvikles en model for tværsektorielt samarbejde omkring meget komplekse patienter.

Konkret vil vi;

- tage udgangspunkt i tre projekter; et omkring multitraumepatienter på Aalborg Universitetshospital, et omkring unge med erhvervet hjerneskade samt projekt KORE<sup>4</sup>, hvor man har fokuseret på overgangen fra indlæggelse på sygehuset til borgeren skal hjem. Med inspiration fra bl.a. disse projekter vil vi i den kommende periode arbejde med at udvikle en model for tværsektorielt samarbejde vedrørende borgere med meget komplekse problemstillinger.

### 6.2.3. Børn og unge med erhvervet / medfødt hjerneskade

Den igangværende indsats med at implementere Sundhedsaftalen for børn og unge med medfødt / erhvervet hjerneskade fortsætter, men der skal arbejdes på at udvikle indsatsen ved at understøtte neurorehabiliteringsindsatsen gennem en velfungerende og styrket tværsektoriel kommunikation. Dette med henblik på at skabe en optimal koordineret indsats og et sammenhængende forløb for borgeren.

Vi har aftalt, at:

- der skal være ét kontaktpunkt i både region og kommuner.
- sikre elektronisk kommunikation.

Konkret vil vi:

- arbejde med at information bliver videreformidlet i rette tid, og til de rette personer / instanser i hver af sektorerne. Herunder sikre, at kontaktpunkterne er kendt i begge sektorer.
- arbejde med at opnå elektronisk kommunikation på området i lighed med det, der kendes fra voksenområdet. Det igangværende arbejde med at sikre brugen af elektronisk kommunikation / Tværsektorielle meddelelser (TSM) på børneområdet bør understøttes, så løsningen kan anvendes fuldt ud på området.

---

<sup>4</sup> Samarbejdsprojekt mellem Aalborg og Jammerbugt kommuner og Brønderslev Neurorehabiliteringscenter om tidlig struktureret dialog.



- undersøge om erfaringer fra voksenområdet omkring en tidlig og struktureret dialog eller lignende modeller kan finde anvendelse på børneområdet.

En velfungerende kommunikation kan bl.a. bidrage til at styrke kendskabet til barnets præmorbid historie, som både i den akutte fase - men også ved evt. senere genhenvielse - kan være en udfordring.

#### **6.2.4. Voksne med erhvervet hjerneskade**

Som følge af en ny regional organisering af hjerneskadeområdet, hvor de kliniske rehabiliterende funktioner samles et sted i regionen, er der en forventning om, at borgere med lette til moderate problemer vil blive udskrevet tidligere til eget hjem. Desuden vil en andel ikke have brug for neurorehabilitering under indlæggelse, men kan udskrives direkte til eget hjem. Der vil for nogle af disse borgere være behov for et tættere samarbejde mellem sygehus, kommune og praktiserende læger - herunder rådgivning fra det specialiserede niveau.

Der pågår aktuelt en proces, hvor en tværsektoriel arbejdsgruppe har undersøgt, hvordan der fortsat sikres sammenhæng og kvalitet for disse borgere m.h.p. at sikre den gode overlevering fra sygehus til kommune. Et specifikt element har været udviklingen af neurorehabilitering i eget hjem, der vil kunne understøtte den tidlige udskrivelse i relevante patientforløb.

Da der er tale om en ny måde at udføre rehabiliteringsopgaven / samarbejde på, er det vigtigt, at der også aftales en monitorering af indsatsen, så den kan følges og evt. justeres. De videre forhandlinger om aftaler vedrørende neurorehabilitering i eget hjem skal ske i sundhedsaftaleregion.

Vi har aftalt, at;

- Udvikle og forankre en tidlig og struktureret dialog i sektorovergangen.
- Implementere og monitorere det nye tværsektorielle samarbejde omkring rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade i relation til den regionale omstrukturering af indsatsen på apopleksiområdet.
- Sikre et kontaktpunkt i kommunen og i regionen m.h.p. at sikre den tværsektorielle kommunikation.

#### **6.2.5. Hjælpe midler og behandlingsredskaber**

Hjælpe middelområdet er fortsat udfordret af, at der løbende opstår tvivlsspørgsmål omkring enkeltsager i forhold til hvem af parterne, der skal stille hjælpe- eller behandlingsmidler til rådighed. Udredning af disse enkeltsager er indtil videre blevet foretaget af en mindre "tovholdergruppe" for området, som arbejder ad hoc, når disse sager opstår. Der er udarbejdet et Casekatalog, som skitserer arbejdsdelingen i de sager, der indtil videre er skabt konsensus omkring, men der er fortsat behov for løbende at justere kataloget i takt med, at der kommer nye sager, der skal udredes og formidles.

Målsætningen er at konsolidere, kvalitetssikre og videreudvikle dette samarbejde mellem Sygehus og kommunerne. Der skal derfor være et øget fokus på de behov, der opstår ved nye behandlingsmuligheder og hurtigere udskrivelse. Hertil kommer at udvikle og vedligeholde en mere klar arbejdsdeling mellem region og kommuner samt afklare borgerens eget ansvar for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug. I den forbindelse skal organiseringen i forhold til håndtering af enkeltsager afklares. Endelig er det målet at sikre fortsat fokus på de tværsektorielle udfordringer, der kan opstå relateret til udbredelse af telemedicin og / eller andre nye behandlingsformer, der er relevante for området.

Vi har aftalt, at:

- konsolidere, kvalitetssikre og udvikle en sikker drift.
- sikre en anvendelse af elektronisk kommunikation.

Konkret vil vi:

- holde fokus på det veletablerede samarbejde omkring håndtering af enkeltsager. Tovholderordningen fungerer tilfredsstillende, og Casekataloget skal fortsat udbygges med relevante principielle cases.
- arbejde videre med at udvikle anvendelsen af elektronisk kommunikation via TSM i forhold til at understøtte en effektiv kommunikation og en hurtigere og lettere arbejdsgang i forbindelse med udlevering af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

#### **6.2.6. Genoptræning**

På genoptræningsområdet træder en ny bekendtgørelse og vejledning i kraft den 1. januar 2015.

Dette betyder væsentlige ændringer på området, idet der fremover skal ske en stratificering af borgere, der skal have genoptræning i fire kategorier mod de nuværende to.

En ny stratificering har betydning for bl.a. udformning og udfyldelse af genoptræningsplaner, og der lægges desuden op til et tættere samarbejde mellem sygehuse og kommuner i forhold til udførelse af genoptræningen. Det understreges endvidere i den nye vejledning, at vurdering af genoptræningsbehov og efterfølgende udarbejdelse af genoptræningsplaner også gælder ved udskrivelse fra psykiatriske sygehuse. Implementering af den nye vejledning vil derfor være et omdrejningspunkt for de beskrevne indsatser på området.

Vi har aftalt, at:

- vi vil implementere en ny model for stratificering af borgere på genoptræningsområdet.
- have fokus på vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner i psykiatrien.

Der er et stigende behov for, at terapeuterne i kommunerne kan opnå direkte sparring med læge eller det specialiserede team, som har behandlet borgeren på sygehuset, men også med borgerens egen læge.

Vi har aftalt, at:

- styrke samarbejdet mellem terapeuterne i kommunerne og det sundhedsfaglige personale på sygehuse og i almen praksis - og herunder at sikre mulighed for elektronisk kommunikation i forbindelse med ambulante kontroller - når borgeren er i et kommunalt genoptræningsforløb.

Konkret vil vi:

- udvikle muligheder for elektronisk kommunikation mellem parterne, som er en vigtig forudsætning for at denne sparring kan finde sted. Der arbejdes allerede konkret med at opnå elektronisk kommunikation omkring udveksling af status i forbindelse med ambulante besøg, når borgeren er i et kommunalt genoptræningsforløb. Dette arbejde skal færdiggøres.

Kortest mulig ventetid har været et krav gennem de senere år, og det er vigtigt i mange tilfælde - men langt fra i alle. Samtidig er monitoreringen af ventetid meget usikker, blandt andet fordi det ikke registreres, hvis borgeren fx udebliver fra den første træning, at borgeren fx selv vælger at udskyde starttidspunktet, eller at anden faglig prioritering kan være skyld i en længere ventetid.

Vi har aftalt, at:

- vi vil sikre kortest mulig ventetid for de borgere, som har størst behov herfor.

Konkret vil vi:

- se mere nuanceret på ventetidsbegrebet, men også samtidigt få præciseret i hvilke tilfælde, det er vigtigt, at ventetiden bliver kortest mulig. Disse faktorer skal inddrages i, hvordan vi monitorerer ventetid fremover. I Sundhedsaftalen 2011 – 2014 har der været en aftale om at stratificere borgerne i forhold til, hvor hurtigt de bør gå i gang med en genoptræning. Dette redskab skal vi videreudvikle med henblik på at udnytte de samlede ressourcer bedst muligt.
- indsamle og analysere årsager til uhensigtsmæssig ventetid.

Parterne ønsker at styrke den tværsektorielle kompetenceudvikling indenfor genoptræningsområdet, herunder at udvikle nye måder at samarbejde på fx ved delestillinger eller jobrotation mellem sygehuse og kommuner.

Vi har aftalt, at:

- vi vil styrke kompetenceudvikling gennem nye måder at samarbejde på.

### **6.2.7. Kronikerindsatsen**

Der skal i den kommende periode arbejdes med at videreudvikle området - specielt omkring monitorering af indsatsen og med hensyn til at kunne rumme de udfordringer - der er omkring borgere med flere samtidige kroniske sygdomme.

Med hensyn til monitorering af indsatsen har vi indtil nu alene registreret antallet af borgere, der henvises til kommunale rehabiliteringstilbud. Der er behov for en tværsektoriel monitorering af indsatsens effekter.

Vi har aftalt, at:

- vi vil sikre en bedre tværsektoriel monitorering af indsatsen på kronikerområdet.

Konkret vil vi:

- igangsætte et udviklingsarbejde som skal se på mulighederne for en tværsektoriel monitorering af kronikerindsatsen - herunder forsøge at inddrage principperne i ICF.

Den nuværende kronikermodel er søjleopdelt i relation til de enkelte diagnoseområder. Der er derfor behov for at udvikle en metode til at håndtere de borgere, der har flere samtidige kroniske sygdomme.

Vi har aftalt, at:

- vi vil udvikle en model for, hvordan vi vil håndtere udfordringerne omkring borgere med mere end én kronisk sygdom.

Konkret vil vi:

- indhente viden om de konkrete udfordringer, som opleves af frontpersonale hos de forskellige aktører. Herefter vil vi lægge det rette perspektiv for en indsats i relation til multisygdom og dernæst udbrede dette til de involverede aktører. Koordinering af samtidige / parallelle indsatser og mulighed for tværsektoriel rådgivning og vejledning mellem aktørerne er vigtige perspektiver.
- arbejde på, at kommunerne får mulighed for rådgivning og vejledning fra sygehusene - både generelt og i enkeltsager.

### **6.2.8. Træning i stedet for operation**

Ny faglig viden har betydet, at flere borgere med muskel- skeletlidelser kan tilbydes træning i stedet for at blive opereret. Dette udmøntes gennem nye nationale visitationsretningslinjer, som skitserer en generel arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektor. Der har de seneste år været et krav om øget aktivitet i primærsektoren i forhold til træning i stedet for operation og i flere tilfælde også andre supplerende forebyggelsestilbud - især kostvejledning og vægttab.

Kommuner, almen praksis og praktiserende fysioterapeuter er de vigtigste aktører på området, og det er derfor vigtigt, at der foreligger en klar arbejdsdeling mellem disse aktører. En afklaring af arbejdsdelingen mellem disse aktører forventes at være på plads ultimo 2014. I relation til Praksisplanen skal der være opmærksomhed på almen praksis rolle i forhold til den øgede aktivitet i primærsektoren.

Træningsindsatsen i dette perspektiv er forholdsvis ny. Det er derfor vigtigt, at kvaliteten af den træning, der iværksættes i stedet for operation, er høj og i overensstemmelse med den bedste evidens på området. Der fokuseres i denne sammenhæng alene på kvaliteten i træningen og ikke på de supplerende (og etablerede) forebyggelsestilbud som fx kostvejledning og vægttab. Dette er vigtigt for at give borgerne den bedst mulige træning. Det er også vigtigt, at sygehusene er klar over, at den træning, der er iværksat med henblik på at undgå operation, er fyldestgørende, hvis borgerne på et tidspunkt alligevel henvises til operation på sygehuset.

Vi har aftalt, at:

- Udarbejde og implementere en model for kvalitetssikring af træning i stedet for operation.

### **6.2.9. Borgere med kroniske smerter - udvikle en styrket koordineret tværsektoriel indsats**

En tidlig, fokuseret og velkoordineret indsats, med borgeren som medspiller, skal bidrage til en øget opmærksomhed på, hvornår en borger bevæger sig fra et subakut smerteforløb til en mere kronisk tilstand. Det skal desuden bidrage med viden om, hvordan et tværfagligt og tværsektorielt team med en tidlig og sammenhængende rehabiliteringsindsats, kan agere både i det subakutte og kroniske forløb (bedste praksis i hele rehabiliteringsfasen ud fra eksisterende viden på området).

Da der samtidig i disse år afsættes puljemidler til at styrke indsatsen overfor borgere med kroniske smerter i almen praksis og på regionale smertecentre, gøres emnet til et tværsektorielt fokusområde i denne sundhedsaftale.

Vi har aftalt, at:

- udvikle et pilotprojekt, hvor den tværsektorielle, koordinerede indsats - herunder fælles tilgang og kompetenceudvikling - udvikles, afprøves og evalueres.

Konkret vil vi:

- øge fokus på en tidlig og koordineret indsats baseret på non-farmakologiske tilbud. Kommunerne kan få en betydelig større rolle i den samlede indsats. Der skal samtidigt være et øget fokus på at forhindre, at disse borgere bevæger sig fra subakut smertetilstand til en kronisk tilstand og at de ikke fastholdes i en kronisk smertetilstand, med tab af livskvalitet og manglende tilknytningen til arbejdsmarkedet.

#### **6.2.10. Ligestilling af psykiatri og somatik**

Med henblik på at sikre ligestilling af psykiatri og somatik er det vigtigt, at der opnås en større gensidig forståelse for hinandens måde at varetage rehabiliterende indsatser på, men også at det udmøntes i konkrete indsatser.

Vi har aftalt, at:

- formidle eksisterende måder at varetage den rehabiliterende opgave på - herunder også øge indsigten i, hvad der er indeholdt i den recovery tilgang, som søges praktiseret indenfor psykiatrien. Det skal synliggøres, hvad der med fordel kan blive fælles indsatser fremover.
- vi vil udfolde et tværsektorielt samarbejde gennem et projekt, hvor integration af de forskellige områder er i fokus.

Konkret vil vi:

- arbejde med målgruppen af personer med angst og / eller depression. Senere udvides til også at omfatte mennesker med personlighedsforstyrrelser. Med et individuelt hensyn skal der udarbejdes rehabiliterende indsatser i kommunerne, som i videst muligt omfang integreres med eksisterende rehabiliteringstilbud for borgere med kronisk sygdom. Det skal desuden sikres, at andre områder inddrages i rehabiliteringen fx borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet. Der lægges op til, at både sygehuse og almen praksis skal kunne henvise til disse tilbud.

## 7. Sundheds-IT

Det overordnede formål med Sundhedsaftalen om Sundheds-IT og digitale arbejdsgange er:

*”at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejde mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.”*

Aftalen skal endvidere:

- sikre at anvendelse og udvikling af tværsektoriel Sundheds-IT og digitaliseringen af samarbejdet på sundhedsområdet understøtter sundhedsaftalens indsatser.
- sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, herunder forbundne områder som social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.
- bidrage til dokumentation af indsatser med henblik på, at understøtte kvalitet i behandling, pleje og rehabilitering.
- understøtte at borgeren bliver inddraget i eget forløb og motiveret til at blive en aktiv sundhedsaktør.

### 7.1. Principper for samarbejde på tværs af sektorer

Sundheds-IT og digitaliserede arbejdsgange tager udgangspunkt i en række principper, der er retningsgivende for de initiativer, der beslutes i fællesskab i regi af sundhedsaftalen. Principperne skal, i det omfang det er relevant, tænkes ind i aktiviteterne.

#### 7.1.1. Princip om borgeren som aktiv medspiller

Borgeren er en vigtig sundhedsressource i eget forløb. Der er fokus på at udvikle, anvende og udbrede nye teknologier, så borgeren inddrages i eget patientforløb. Borgeren skal have mulighed for at bidrage med egne data til de sundhedsfaglige aktører og understøttes i at anvende egne sundhedsoplysninger og data proaktivt.

Der skal tages højde for, at nogle borgere har svært ved at håndtere ny teknologi og har få ressourcer til at tage hånd om egen sundhed. Samarbejdet med borgeren tager derfor udgangspunkt i borgernes ressourcer, forudsætninger for og ønske om inddragelse. Borgerens pårørende og andre ressourcepersoner omkring borgeren skal ses som en aktiv part i patientens forløb. Sundheds-IT skal ikke være en barriere for lighed i sundhed.

Borgeren kan eksempelvis se egne journaloplysninger i e-journal og har adgang til egne medicinoplysninger via FMK. Telemedicinsk sårurdering kan give borgeren overblik over behandlingsforløb og sårudvikling i

billeder og tekst. Yderligere kan telemedicinske løsninger som TeleCare Nord bidrage til patientinddragelse og styrkelse af borgerens evne til at mestre egen sygdom.

### **7.1.2. Princip for IT understøttelse af patientforløb**

Fremdrift og udvikling af sundheds-IT og digitale arbejdsgange på tværs af sektorer skal ses koordineret og styret med det formål at sikre det sammenhængende patientforløb for borgeren. Det gælder både helt nye teknologier samt fuld anvendelse og videreudvikling af eksisterende teknologier.

Tværasektoriel sundheds-IT og digitalisering skal fortsat udbygges og videreudvikles i samarbejdet mellem sundhedsaftalens aktører. Digitalisering af sundhedsområdet tænkes bredere end bare Nordjylland. Der er et stadigt voksende samarbejde med andre regioner, kommuner og private leverandører.

Nationale strategier og indsatser følges og implementeres - hertil vil der være nordjyske initiativer, der understøtter det tværasektorielle samarbejde. Tværasektoriel digital understøttelse af patientforløb er stærkt forankret nationalt. Nordjylland vil deltage aktivt, målrettet, gå forrest og være dagsordenssættende.

Nordjylland har i dag gode resultater af sundheds-IT samarbejdet - herunder erfaringer med implementeringer på tværs. Den stigende afhængighed af deling af data stiller store krav til prioritering, udvikling, implementering og drift/forvaltning på tværs.

### **7.1.3. Princip for anvendelse af it-løsninger**

Anvendelsen af it-løsninger på tværs af sektorer og faggrupper stiller store krav til den organisatoriske forankring - herunder at it-løsningerne anvendes systematisk, korrekt og rettidigt samt med høj indholdsmæssig kvalitet i det sundhedsfaglige indhold. Det aftales derfor hvilke data, der er tilgængelige, hvordan data formidles eller tilgås samt hvornår. Det bør desuden være tydeligt, hvilke forventninger der er til, hvornår parterne handler på data.

Data skal være tilgængelig inden for gældende lovgivning om: patientsikkerhed, informationssikkerhed og datasikkerhed. De sundhedsfagliges adgang til patientens data skal aftales med udgangspunkt i at nødvendige og relevante data skal være tilstede. Borgeren skal som udgangspunkt have adgang til alle egne data fx via e-journal.

It-løsninger skal sikre deling af information samt understøttelse af integrerede arbejdsgange på tværs af geografi og organisation. Sammenhængende og effektive patientforløb kan understøttes ved, at data følger borgeren gennem patient/borgerforløbet, og at fagpersoner kan få et hurtigt og fleksibelt overblik over disse data. I nogle situationer sendes data, mens de i andre situationer deles. It-løsninger afhænger af det konkrete sundhedsfaglige behov.



Brugeranvendelsen af it-løsninger i Nordjylland skal i videst mulige omfang være ens for alle kommuner, alle sygehuse og alle praksisser, så der ikke er forskellige arbejdsgange afhængigt af, hvem samarbejdspartneren er i den anden ende.

#### **7.1.4. Princip for organisatorisk implementering af it-løsninger**

Sundheds-IT skal organisatorisk implementeres. Sundheds-IT medfører ændringer i opgaver, roller og processer, og skaber behov for nye specifikke kompetencer. Hver organisation er ansvarlig for at tilpasse egen organisation, samt at brugerne motiveres til at bruge systemerne og løbende uddannes, når der er indgået konkrete aftaler om implementering, eller når nationale strategier skal følges. Projekter med it eller implementering af nye løsninger skal derfor aftales, planlægges, styres og gennemføres med fokus på organisationsudvikling som omdrejningspunkt.

#### **7.1.5. Princip for sikker og stabil drift**

Informationssikkerhed, patientsikkerhed samt datalovgivningen er grundlæggende hensyn og skal danne rammen for udveksling af data både i tilgængelige løsninger men også i nye løsninger. Relevant information skal deles og være tilgængelige i videst muligt omfang, ligesom terminologier og datadefinitioner så vidt mulig skal være fælles.

Systemer og infrastrukturer skal etableres med henblik på skalerbarhed, tilgængelighed, svartider og support, ligesom gældende standarder, nationale og internationale, skal overholdes – herunder ift. hjemmemonitorerings- og medicoteknisk udstyr.

Tværasektoriel sundheds-IT kræver tilpasninger eller udbygning af eksisterende systemer, teknologier eller tilkøb af nye. Hver organisation er ansvarlig for udviklingen af egne it-systemer, så tværgående patientforløb kan understøttes med bl.a. benyttelse af fælles standarder.

Ved implementeringer eller opgraderinger af eksisterende løsninger eller af nye teknologier aftales det i god tid, hvordan overgangen skal foregå. Alle parter orienteres i god tid, så brugere og leverandører kan orienteres. Der indgås aftaler, der omfatter driftssituationen.

Tidstro adgang til data skal sikres ved at minimere tekniske barrierer fx ved korte forsendelsestider. Sikker og stabil drift skal understøttes ved let adgang til fejlfinding samt tæt kontakt til leverandører og systemadministratorer på tværs af sektorerne. De fælles løsninger og teknologier skal have høj grad af sikkerhed, samt høj stabilitet og tilgængelighed.

#### **7.1.6. Princip for innovativ tilgang i nye tiltag**

Nordjylland arbejder innovativt og afprøvende med nye teknologier og nye mulige arbejdsgange som følge af nye teknologier. En ny æra inden for teknologi skaber markante ændringer i de måder, vi lever og arbejder på. Mobile enheder, kombineret med meget udvidet adgang til data og netværk, har givet både private forbrugere og professionelle mulighed for at ændre måderne, de håndterer deres tilværelse og arbejde på. Disse nye

muligheder inddrages og afprøves innovativt i samarbejdet mellem parterne med inddragelse af nordjyske virksomheder.

Innovation skal være drevet af hurtig afprøvning af "den gode idé" i mindre skala, hvor hensyn til efterfølgende drift og sikkerhed spiller en mindre rolle i en første afprøvning. Indsatsen for it-innovation vil fokusere på afprøvning af idéer, effektvurdering og processen for overgang til drift.

## **7.2. Konkrete indsatser og aftaler**

Ovennævnte principperne sætter rammer for samarbejdet, så vi når de politiske mål. Indsatserne er initiativer, der igangsættes for, at sundheds-IT samarbejdet kan gå i den retning, som vi ønsker. Derfor skal relevante principper indtænkes, når der arbejdes med konkrete indsatser.

Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 samt de tilhørende 22 initiativer, tegner det fremadrettede billede for digitalisering af det samlede sundhedsvæsen. Hertil vil de kommende økonomiaftaler indeholde digitaliseringsemner for det sammenhængende patientforløb. De nationale strategier håndteres i regi af Sundhedsaftalen.

### **7.2.1 Elektronisk understøttelse af samarbejdet i Sundhedsaftalen**

Samarbejdet beskrevet i sundhedsaftalen skal elektronisk understøttes, hvor det giver faglig mening, højner patientsikkerheden, kvaliteten og sikrer dokumentationen. I aftaleperioden vil det ske med tilgængelige løsninger eller ved mulige nye løsninger.

Eksempler på områder, der ikke er understøttet, er ambulatorieområdet, psykiatriens samarbejde med kommunerne (socialområdet og institutioner) samt børneområdet. I aftaleperioden undersøges og afklares mulighederne for elektronisk understøttelse af disse områder, og der beskrives og aftales eventuelle mulige løsninger.

I forbindelse med Sundhedsaftalens øvrige indsatsområder er aftalt følgende udviklingstiltag, der implicerer Sundheds-IT og digitale arbejdsgange:

#### **Forebyggelse**

- Henvisning til kommunal forebyggelse  
Arbejdsdelingen indenfor alkohol, tobak og stoffer; Der opbygges en elektronisk henvisningsstruktur, hvor almen praksis og sygehusene via sygehushenvisningen kan henvise borgere til kommunal forebyggelse indenfor alkohol, tobak og stoffer.
- Forebyggende helbredsundersøgelser til børn.  
Der skabes mulighed for elektronisk kommunikation mellem almen praksis og de kommunale sundhedstjenester, der kan understøtte et tværsektorielt samarbejde omkring sårbare børn. Det undersø-

ges, om det er muligt at kommunikationen mellem almen praksis og sundhedstjenester om bekymringsbørn kan ske via MedComs korrespondancemeddelelser.

## Behandling og Pleje

- Samarbejdsaftale om anvendelse af korrespondancemeddelelser:  
I dag anvendes korrespondancemeddelelsen i stigende omfang i den tværsektorielle kommunikation om borgeren. Det er aftalt, at der laves en samarbejdsaftale for anvendelsen af korrespondancemeddelelser i kommunikation mellem kommune, sygehus og almen praksis. Herunder afklares det, hvad en korrespondancemeddelelse skal indeholde. Det skal undersøges, om der er mulighed for at bruge korrespondancemeddelelsen som grundmodel på tværs af forløb.
- Projekt til optimering af den digitale arbejdsgang i forbindelse med indlæggelser og udskrivinger:  
I aftaleperioden gennemføres et tværsektorielt projekt om at optimere arbejdsgange i forbindelse med anvendelse af MedCom hjemmepleje-sygehusstandarderne ved indlæggelse og udskriving. Formålet er at optimere den faglige anvendelse, sikre det faglige indhold, udveksle meddelelserne rettidigt og anvendes i relevant omfang.
- Ambulatorieområdet:  
Ambulatorieområdet og de korte indlæggelser er i dag ikke understøttet elektronisk. Det aftales, hvordan og under hvilke rammer dette område fremadrettet kan digitaliseres.
- Forsat udbredelse og optimeret anvendelse af MedCom-standarde:  
En del af samarbejdet er understøttet ved MedCom-standarde, der er implementeret i Nordjylland. Der er mulighed for videreudbredelse af eksisterende standarde til understøttelse af andre og nye samarbejdsflader. I aftaleperioden udbredes MedCom-standarde der, hvor standarderne understøtter det faglige samarbejde de tekniske muligheder er tilgængelige.  
  
Der arbejdes fortsat med et fokus på teknisk udvikling og forbedring af standarderne. Dels i selve standardbeskrivelsen, men også i egen brugergrænseflade - herunder sammenhæng til eksisterende fagsystemer samt mulighed for autogenerede data og minimering af dobbeltregistrering. Der sættes i aftaleperioden fokus på samarbejdet om anvendelsen af MedCom-standarde fx ved epikriser, henvisninger, hjemmepleje-sygehusstandarde, og korrespondancemeddelelser.
- Afklaring af hvordan MedCom kommunikationsstanderne skal implementeres i psykiatrien:  
Det har tidligere været aftalt, at MedCom kommunikationsstandarde skulle implementeres på psykiatriområdet. Dette har ikke vist sig teknisk muligt. I aftaleperioden sættes der fokus på digital understøttelse af psykiatri- og socialområdet. Herunder skal det afklares, om MedCom-standarde kan anvendes. Mulige løsninger implementeres i aftaleperioden.

- Teknisk muliggørelse af IT-understøttet kommunikation på børneområdet:  
Sundhedsaftalen om kommunikation på fødselsområdet er på vej til at blive taget i brug. Fra marts 2015 kan alle kommuner kommunikere elektronisk.

På børneområdet i øvrigt mangler nogle kommuner den IT-plattform, der skal til, for at kunne understøtte kommunikation børneområdet. Nationalt mangler der standarder på området. Der sættes i aftaleperioden fokus på digital understøttelse af samarbejdet på børneområdet på tværs af psykiatri, almen praksis, sundhedsplejersker, familieafdelinger, børneafdelinger mv.

### **Genoptræning og rehabilitering**

Indenfor genoptræning og hjælpemidler har den elektroniske kommunikation overvejende drejet sig om "envejskommunikation" – fx ved genoptræningsplaner og henvisning fra almen praksis til sygehuse og kommuner. Der er et øget fokus på, hvordan anden elektronisk kommunikation kan understøtte det tværsektorielle arbejde. Parterne har således et ønske om at udvikle den elektroniske kommunikation i forhold til;

- Kommunikation om behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Ambulante kontroller på sygehus i forbindelse med genoptræningsforløb i kommunerne
- At understøtte en direkte kommunikation mellem terapeuter i kommunerne og de behandlende sundhedspersonaler på sygehusene
- At understøtte kommunikation på hjerneskadeområdet (både børn/unge og voksne)

### **7.2.2. Telemedicin og telesundhed**

Telemedicin kan bidrage til effektiv behandling og pleje og understøtte rehabilitering. Telemedicinske løsninger kan bidrage til effektivisering og bedre anvendelse af ressourcer på tværs af aktører i sundhedsvæsenet.

Med telemedicin introduceres behov for nye samarbejdsflader og incitament, som kræver tilpasning og udvikling af det tværsektorielle samarbejde og den tværsektorielle organisation med understøttelse af it-løsninger og forpligtigende aftaler.

Telemedicinske løsninger har været afprøvet i mindre skala. I de kommende år er der fokus på, at telemedicinske løsninger udbredes til nationale løsninger - fx telemedicinsk sårsvurdering. En national telemedicinsk infrastruktur er under etablering med udgangspunkt i blandt andet TeleCare Nord.

TeleCare Nord er et nordjysk storskala-projekt, som skal efterprøve fundne positive effekter af telemedicin i mindre forskningsprojekter. Projektets resultater afventes med henblik på stillingtagen til, om Tele Care Nord efterfølgende skal gå i drift. Med afsæt i TeleCare Nord er det aftalt at undersøge mulighed for at igangsætte nye telemedicinske storskala-projekter indenfor andre sygdomsområder.

Telemedicinske initiativer som telesundhed kan give borgeren redskaber til at mestre hverdagens udfordringer med sygdom og funktionsnedsættelse. Borgeren kan, ved brug af hverdagsteknologi som tablets og smart-

phones samt telemedicinsk udstyr, have adgang til og mulighed for at bidrage til egne sundhedsdata og få nem adgang til sundhedsinformation og læring.

Telemedicin kan målrettes samarbejdet mellem kliniker og fagpersonale i kommunerne fx ved faglig rådgivning på tværs af sektorer og kan i borgerens eget hjem understøttes ved fx brug af video, telemedicin, tele-tolkning mv.

I takt med at flere it-løsninger og telemedicinske løsninger går på tværs af sektorer øges behovet for tværgående systemforvaltning - herunder drift og support. I aftaleperioden afklares muligheder for fælles support og servicecentre.

### **Telemedicinsk Sårvurdering**

Telemedicinsk sårvurdering indgår i den nationale handleplan for telemedicin i Danmark. Projektperioden løber frem 2015. Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har i oktober 2014 besluttet at telemedicinsk sårvurdering skal overgå til drift.

Der vil fortsat være tæt samarbejde om sårbehandlingen på - herunder forsat faglig udvikling, dialog og sparring om sårbehandling. Sårjournalen giver et samlede billede af patientens sårudvikling. Både Almen praksis, kommune, sygehus og patienten selv har adgang til sårjournalen. En øget rolle for almen praksis' brug af sårjournalen kan afklares i aftaleperioden.

Samarbejdsaftale om Telemedicinsk Sårvurdering indgår i Den Tværsektorielle Grundaftale.

### **Det Fælles Medicinkort (FMK)**

FMK administreres af National Sundheds IT og rummer registreringer af alle borgeres medicin. Medicinkortet er fælles for alle i sundhedsvæsenet - dvs. for både sygehuse, de praktiserende læger, kommuner samt tandlæger. Målet med FMK er at forhindre fejlmedicinering. I Region Nordjylland er FMK taget i anvendelse på alle sygehuse i 2012, og de praktiserende læger har taget FMK successivt i brug. I efteråret 2014 anvender ca. 95 % de praktiserende læger FMK. Kommunerne er i gang med udrulningen.

Borgeren kan slå op på eget medicinkort via [www.FMK-online.dk](http://www.FMK-online.dk). En samarbejdsaftale indgås med henblik på at koordinere det løbende samarbejde og løse eventuelle udfordringer i forbindelse med medicin håndtering i sektorovergange, indgås en samarbejdsaftale.

### **7.2.3. Etablering af en overordnet styringsmodel for tværsektorielt it-samarbejde**

Sundheds-IT og digitalisering af arbejdsgange kan ikke ses som et internt anliggende hos de enkelte parter. Digitalisering og sundheds-IT går i højere grad på tværs af sektorer, hvilket stiller store krav til koordinering og styring på tværs. Organiseringen af it-samarbejdet kobles derfor tæt til den øvrige organisering af sundhedsaftalesamarbejdet, hvor aftaler om anvendelse, processer og organisering afklares. Det er derfor væsentligt, at organiseringen af Sundhedsaftalen kan løfte de styringsbehov, der er på it området.

Den konkrete organisering etableres i aftaleperioden. Målet er, at der skabes sammenhænge mellem det operationelle og det strategiske niveau - mellem drift og udvikling af nye løsninger. Organiseringen skal styre udviklingsprojekter samt prioriteringer af Sundhedsaftalens portefølje af it-projekter. Ligeledes skal organiseringen håndtere et tæt samarbejde om systemforvaltning - herunder support, drift og videreudvikling af tværgående løsninger eller it-løsninger, der er afhængige af den tværsektorielle it.

#### **7.2.4. Kvalitetsudvikling og data**

Digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og på sygehuse bidrager til at dokumentere indsatser. Dette blandt andet for at sikre ensartet kvalitet og for at understøtte kvalitetsudvikling.

De registrerede data giver udtræksmuligheder til evaluering, ledelsesinformation, udviklingsmuligheder af projekter mv. Data kan danne grundlag for at prioritere konkrete projekter og indsatser som i Triple Aim tankegangen. Data kan anvendes af aftalens parter under hensyn til gældende lovgivning.

## 8. Formidling, implementering og opfølgning

Succesfuld implementering af Sundhedsaftalen forudsætter en veltilrettelagt plan for iværksættelse af de aftalte tiltag og en målrettet formidling af indholdet i den nye aftale. I tillæg dertil er det nødvendigt at følge op på, om vi når målene, så parterne kan vurdere behovet for at justere indsatsen.

### 8.1 Formidling og implementering

#### Den Politiske Sundhedsaftale

I Den Politiske Sundhedsaftale defineres rammerne for det kommende samarbejde om Sundhedsaftalen gennem politiske mål og en række konkrete aftaler, hvor der er fastsat resultat- og procesmål.

Den Politiske Sundhedsaftale udmøntes gennem de aftaler og indsatser, der er konkretiseret i Den Administrative Sundhedsaftale, samt aftaler som er en del af Den Tværsektorielle Grundaftale.

#### Den Administrative Sundhedsaftale

Den Administrative Sundhedsaftale 2015–2018 er kendetegnet ved en række udviklingstiltag, som skal igangsættes i aftaleperioden. Primo 2015 udarbejdes en samlet implementeringsplan, der konkretiserer, hvornår de enkelte udviklingstiltag foreslås gennemført. Implementeringsplanen godkendes af Sundhedskordinationsudvalget på deres første møde i 2015.

Udviklingsprojekter håndteres efter et projektstyringsprincip, hvor projekterne igangsættes i overensstemmelse med den samlede implementeringsplan efter følgende generelle principper:

- Ressourcer og bemanning fastsættes ud fra projektets kompleksitet og størrelse
- Start og sluttidspunkt fastsat ved projektstart
- Monitorering forberedes ved, at projektet anbefaler konkrete indikatorer for indsatsen
- Projekter er gennemført, når løsningen er i drift, ansvaret er overdraget til driftsenhederne og løsningen er beskrevet og indarbejdet i Den Tværsektorielle Grundaftale.

#### Den Tværsektorielle Grundaftale

Sundhedsaftalen 2015–2018 bygger desuden på en række aftaler i Den Tværsektorielle Grundaftale. Aftalerne definerer den konkrete arbejdsdeling vedrørende Forebyggelse, Indlæggelse og udskrivning, Genoptræning, Behandlingsredskaber og hjælpemidler, Opfølgning på Utilsigtede hændelser samt aftaler vedrørende særlige målgrupper – herunder den ældre medicinske patient og borgere med kroniske sygdomme. Disse aftaler er fortsat gældende og skal kontinuerligt have stort fokus med henblik på at sikre, at aftalerne efterleveres og implementeres i driftsorganisationerne.

Primo 2015 skal der ske en målrettet formidling til driftsorganisationerne om, at aftalerne i Den Tværsektorielle Grundaftale fortsat er gældende. Det vil sige:

- driftsorganisationernes ledelseslag, øverste ledelser, afdelingsledelse mv.
- medarbejdere, der skal realisere aftalen i praksis; frontpersonale i kommuner og på sygehuse, de praktiserende læger, praktiserende speciallæger, psykologer og andre ydere indenfor praksis-området
- privathospitaler og øvrige regioners hospitaler

Målgrupperne skal introduceres forskelligt til sundhedsaftalen. Ledelseslaget skal have et tværgående kendskab til Sundhedsaftalens indhold, mens frontpersonalet skal kende til de delaftaler, der har betydning for varetagelse af deres konkrete anvarsområde – herunder at kunne henvise borgeren til de rette tilbud.

Privathospitaler og øvrige regioners hospitaler er også forpligtet af den sundhedsaftale, der gælder i den region/kommune borgeren kommer fra, og skal derfor have kendskab til Sundhedsaftalen i Region Nordjylland.

### **Generelt om formidling**

Vi har aftalt, at:

- Sundhedsaftalens parter har et selvstændigt ansvar for at formidle og implementere Sundhedsaftalens indhold i egne driftsorganisationer.

Konkret vil vi:

- udvikle fælles materiale, der kan bidrage til synliggørelse af Sundhedsaftalen overfor frontpersonale og samarbejdspartnere.
- samarbejde med Kvalitetsenheden for Almen praksis (Nord-KAP), udarbejde relevant materiale til de praktiserende læger.
- bruge [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) som den fælles portal, hvor vi formidler vores tilbud om forebyggelse, rehabilitering og genoptræning.
- formidle Sundhedsaftalens indhold til privathospitaler og til øvrige regioners hospitaler. Region Nordjylland er ansvarlig herfor.

## **8.2. Triple Aim**

Triple Aim er et internationalt anerkendt koncept for systemforbedringer i sundhedsvæsenet. Triple Aim bygger på en forståelse af, at befolkningens sundhed påvirkes bredt af levevilkår og andre grundlæggende faktorer i livet. Metoden fokuserer på tre overordnede mål:

- Befolkningens sundhed (Populationsperspektivet)



- Patienttilfredsheden (Kvalitetsperspektivet)
- Sundhedsudgifter pr. indbygger (Økonomiperspektivet)

I det kommende samarbejde om Sundhedsaftalen vil vi afprøve, om vi kan anvende Triple Aim som metode og tankesæt. Det indebærer, at vi skal arbejde med en baseline for de udfordringer, vi skal løse, og dokumentation af at de forandringer, vi iværksætter, virker. Vi vil udvikle og optimere vores praksis gennem gentagende afprøvninger, drevet af sundhedsmedarbejdere med henblik på forbedringer. Endelig skal vi i fællesskab finde en metode, der kan dokumentere om sundhed, patienttilfredshed og økonomi bevæger sig i den ønskede retning. Vi vil derfor afprøve Triple Aim på mindst en nærmere defineret målgruppe/population i aftaleperioden, hvor relevante indsatser, målrettet målgruppen, udvikles og afprøves i nye tværsektorielle samarbejdsformer. Dette skal være udgangspunktet for at vurdere, om vi vil benytte metoden generelt i det tværsektorielle samarbejde.

### 8.3. Opfølgning

Et væsentligt element i den løbende implementering af Sundhedsaftalen er, at der monitoreres på, om vi når målene. Sundhedskoordinationsudvalget skal - ifølge. Bekendtgørelsens krav - minimum en gang årligt gennemgå den samlede Sundhedsaftale og vurdere behov for at revidere dens indhold.

For at følge systematisk op og vurdere behov for evt. revision af aftalen er der brug for en detaljeret plan, der beskriver, hvordan den løbende opfølgning på resultater, implementering og monitorering skal ske - og med hvilket indhold.

Det fremgår af vejledningen, at *"Opfølgningen på sundhedsaftalen bør tage udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse, og i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne. Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som er relevante for de aftalte målsætninger."*

I Den Politiske Sundhedsaftale har vi aftalt fire overordnede politiske målsætninger og indsatser, der skal følges op på. Derudover vil vi fastlægge relevante indikatorer til opfølgning på Den Administrative Sundhedsaftale, efterhånden som de aftalte udviklingstiltag konkretiseres i aftaleperioden.

På den baggrund vil vi udarbejde relevant ledelsesinformation, som løbende giver parterne mulighed for at drøfte de fælles udfordringer og justere indsatsen efter behov.

Der er flere målgrupper for denne ledelsesinformation; Sundhedskoordinationsudvalget og Den Administrative Styregruppe, som har henholdsvis det overordnede politiske og det administrative ansvar for sundhedsaftalen. Driftsledelserne og ledelsesmæssigt ansvarlige på udførerniveauet er ligeledes en målgruppe for ledelsesinformationen, da de kan bidrage til at sikre ejerskab for, at vi arbejder i den rigtige retning.

Der skal derfor aftales en ny model og en plan for ledelsesinformation, og for hvordan vi vil afrapportere til de forskellige niveauer på en måde, der sikrer, at de enkelte målgruppers behov for relevant rapportering tilgodeses.

Konkret vil vi:

- tage afsæt i den hidtidige ledelsesinformation, [www.ledelsesinformation.rm.dk](http://www.ledelsesinformation.rm.dk), som er udviklet i fællesskab.
- anvende [www.sundhedsatlas.rm.dk](http://www.sundhedsatlas.rm.dk) og [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk) i arbejdet
- udarbejde en plan for ledelsesinformation, der forelægges Den Administrative Styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget i 1. halvår 2015.

