

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Planlægning og Udvikling
Journal nr.:
Dato: 21. september 2012
Udarbejdet af: Rikke Winther Strunge
E-mail: Rikke.Winther.Strunge@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631084

Notat

Fra vision til virkelighed – eksempler i sundhedsplanen

Sundhedsudvalget har med visionsarbejdet i 2011 udstykket retningen for Region Syddanmarks arbejde med sundhed og synliggjort det med visionen: "Du tager ansvar for din sundhed. Sammen tager vi hånd om din sygdom".

Visionens 6 pejlemærker sætter retning for, hvordan sundhedsvæsenet planlægger og udfører opgaverne i Region Syddanmark:

- **Dialog:** vi møder patient og pårørende med respekt, omsorg og åbenhed. Nærhed, tryghed og ligeværdighed skabes i en dialog, hvor patient og pårørende bliver set, hørt og inddraget.
- **Lighed:** Vi har fokus på, at al behandling tager udgangspunkt i en fri og lige adgang for alle borgere. Lighed i sundhed opnås, når der i forebyggelse og behandling tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov og forskellige ressourcer.
- **Sammenhæng:** Vi sikrer et godt patientforløb gennem samarbejde med patient og pårørende og på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.
- **Rettidighed:** Vi giver den rette hjælp til rette tid. De patienter, der har det største behov, får hjælp hurtigst.
- **Kvalitet:** Vi giver den rette behandling, der tager afsæt i patientens sygdom, ønsker og ressourcer. Vi baserer patientbehandlingen på nyeste viden, og vi tilstræber højeste faglige standard. Patient og pårørende oplever, at vi gør det godt.
- **Ansvar:** Vi ser det gode patientforløb som et fælles ansvar for både patient, pårørende og personale. Ansvar betyder også, at ingen svigtes. Uanset hvordan patienten har varetaget egen sundhed, så tager sundhedsvæsenet hånd om patientens sygdom.

Der lægges op til, at visionen illustreres i sundhedsplanen ved en nærmere gennemgang af udvalgte eksempler, som alle understøtter visionen. Nedenfor er listet forslag til, hvilke initiativer der foreslås nærmere beskrevet i sundhedsplanen.

1. Integrated Care - skaber sammenhæng og kvalitet samt understøtter dialog.

Integrated Care er et projekt mellem Odense Kommune og Region Syddanmark. Det omfatter kommunen, de praktiserende læger i Odense og regionen, hvor man i en ny type samarbejde om patientforløb i stedet for "stafetmetoden" har en samarbejdstankegang, hvor alle parter indgår i et

forpligtende samarbejde omkring patienten – som også selv tager mere medansvar for egen sundhed. Samtidig vil der også være relevante snitflader til beskæftigelsesområdet og det sociale område.

Der skal udarbejdes nye samarbejdsmodeller hvor der etableres partnerskaber på tværs af sektorer og faggrænser. Samtidig skal der udvikles en integreret IT-løsning til understøttelse heraf, med fælles adgang med borgernes sundheds- og socialoplysninger.

Formålet er, at bidrage med praktisk og anvendelig viden om, hvordan effektiv og tværgående samarbejde og koordinering af sundhedsvæsenet kan udvikles lokalt, regionalt og nationalt, sådan at der sikres den bedst mulige opgaveløsning for borgeren.

Borgeren skal opleve at blive understøttet af ét samlet og proaktiv sundhedsvæsen.

Projektet tager udgangspunkt i to udvalgte patientgrupper:

- Borgere med stress, angst og depression
- Ældre medicinske borgere

Patientgrupperne er udvalgt ud fra "high need – high cost", for at opnå store besparelser. Det vurderes, at de valgte målgrupper har et antal og en kontaktflade til alle tre sundhedssektorer, som gør det muligt at igangsætte et projekt af en vis volumen (antal borgere) og med et overkommeligt antal aktører (antal sygeafdelinger, ambulancer og lægepraksis).

2. Forebyggende helbredsundersøgelse – sikrer lighed og skaber kvalitet

Den forebyggende helbredsundersøgelse er et tre-årigt forskningsprojekt som gennem tidlig opsporing søger at finde de personer, som enten har eller har indikationer på risikofaktorer, der er til fare for deres helbred, og som ikke allerede er i behandling.

Formålet med projektet er dermed at rette fokus på de mennesker, der har størst behov for en sundhedsfaglig indsats på baggrund af identificering af risikofaktorer/usund livsstil. Målgruppen er personer i alderen 30-49 år og der forventes en population på ca. 120.000 personer i geografisk afgrænsede områder af regionen.

Indsatsen adskiller sig fra tidligere og nuværende projekter om helbredsundersøgelser ved udelukkende at fokusere på mennesker med særlig behov for indsats. Omdrejningspunktet for indsatsen er de praktiserende læger, som har kontakt med cirka 80% af befolkningen i løbet af et år.

Deltagerne kontaktes af egen læge i form af et spørgeskema, og ved besvarelsen vil oplysningerne fra spørgeskemaet blive koblet sammen med eksisterende patientdata i lægens journalsystem for at kunne kategorisere patienten i en rød, gul eller grøn gruppe.

Ved denne stratificering forventer man at opnå, at indsatsen og dermed ressourcerne anvendes hos de personer, der har størst behov i en proaktiv indsats, hvor der også samarbejdes på tværs af sektorer (primært mellem praktiserende læger og kommunerne). Det er forventningen, at personer med indikationer på usund livsstil således opdages tidligere end ellers.

Med indsatsen forventes på sigt en, som minimum, omkostningsneutral indsats med øget middellevetid blandt de deltagende personer til følge.

Syddansk Universitet, Dansk Sundhedsinstitut, PLO Syddanmark og kommunale repræsentanter deltager i udviklingen af projektet. Projektet om forebyggende helbredsundersøgelser indgår herudover som et af Ligestillingsarbejdsgruppens forslag til prioriteringer af indsatserne på ligestillingsområdet.

3. Fødeplan - sikrer rettidighed, lighed, sammenhæng.

Region Syddanmarks fødeplan er et praktisk opslagsværk over regionens tilbud og retningslinjer, som sundhedspersonale i de forskellige sektorer arbejder indenfor. Ikke alle kvinder er ens, og ikke alle graviditeter og fødsler forløber på samme måde. Tilbuddene indenfor svangreområdet er derfor differentierede sådan, at alle får et basistilbud i graviditeten, som efter behov suppleres med andre tilbud.

Fødeplanen er et eksempel på at der, både i forhold til sundhedsfaglige behov og i forhold til kvindens egne ressourcer, foretages en konkret afvejning af de tilbud der gives. For gravide, der af den ene eller anden årsag har særlige behov, vil tilbuddene være både tværfaglige og tværsektorielle med mange kontakter. Tilbuddene er individuelle og tager udgangspunkt i den enkelte gravide, dennes ressourcer og netværk. Ambitionen er, at kvinden/parret oplever et trygt og sammenhængende barsels-, fødsels- og efterfødselsforløb på højt fagligt niveau.

Fødeplanen er et godt eksempel sundhedsvisionen. Der sættes med planen en ny retning med et relevant svanger/barselstilbud, som er afstemt af kvindens/familiens konkrete behov/ressourcer og uden unødige besøg/undersøgelser. Samtidig er patientforløbet beskrevet tværsektorielt, så opgavefordelingen og samarbejdet mellem de forskellige instanser er klarlagt.

4. FAM og "klynger" skaber sammenhæng og rettidighed

FAM

FAM (Fælles Akut Modtagelse) er organiseret omkring speciallægeledede teams og det enkelte patientforløb planlægges styret med udgangspunkt i akutupakker (standardiserede patientforløb for 36 udvalgte patientgrupper inkl. psykiatri – yderligere 3 psykiatri akutupakker forventes implementeret primo 2013). For at kunne holde overblik med patienter i FAM er der opsat centralt placerede elektroniske oversigtstavler til patientinformation, som vil understøtte flowet i FAM. Samtidig sikres en ensartet kvalitet i udredningen og behandling af patienterne.

Når patienterne forlader FAM (indenfor gennemsnitligt 18 timer), skal overleveringen af patienten basere sig på "stafetmetoden", hvor patienten først betragtes som afsluttet/overleveret, når modtageren (kommune/ stamafdeling/andet sygehus) har lige så godt hold i patienten, som afsenderen selv har haft op til afgang.

Klynger

I forlængelse af etablering af FAM lægges der i "klyngerapporten" op til, hvordan funktionerne på resten af sygehusene grupperes om patientforløb. Ved en fysisk samling af specialer i relevante forløbssammenhænge opnås også en fleksibel udnyttelse af bygningskapaciteten.

På eksempelvis Sygehus Sønderjylland arbejdes der p.t. konkret med klyngekonceptet, i form af dannelse af 11 centre. Målet er, at centrene skaber rammerne for bedre og mere sammenhængende

patientforløb samt rammer for en mere effektiv drift. Centrene på Sygehus Sønderjylland etableres med udgangspunkt i patientforløb og at mest muligt af et konkret patientforløb kan færdigbehandles indenfor samme center, på tværs af specialer. Centrene består af et antal klinikker, der ledes af klinikledere. Kliniklederne har en sundhedsfaglig baggrund og er først og fremmest deltagende og synlig i den daglige, kliniske drift. I centrene kommer specialerne til patienten i stedet for, at patienten sendes rundt i sygehusets forskellige afdelinger. Patientpakkefilosofien skal udbredes i og på tværs af centrene for at sikre både effektivitet og rettidighed.

Ambitionen er, at der skabes bedre patientforløb på både internt på sygehuset og eksternt ift. eksempelvis praktiserende læger og kommuner.

Et center er endelig et tværgående ressourcefællesskab (sengepladser, ambulatoriefaciliteter, personale, økonomi).

I starten af 2013 sættes der et stort arbejde i gang med at beskrive de patientforløb, der kommer til at fungere i de nye centre. Her prioriteres at optimere på både den patientoplevede, den faglige, og den organisatoriske kvalitet.

Centrene går i drift pr. 1. januar 2013. Der bliver dog en indkøringsperiode i løbet af 2013.

Regionernes øvrige sygehusenheder vil - som det allerede er tilfældet i Sønderjylland – skulle arbejde med organisering af "resten af sygehuset" i kølvandet på indførelse af FAM.

5. Patientsikkerhed: eksempel på sikring af kvalitet

Region Syddanmark har i kvalitetsstrategien bl.a. fokus på at forbedre patientsikkerheden på alle sygehuse. Derfor har regionsrådet vedtaget 4 konkrete indsatsområder for perioden frem til 2014:

- **Sikker kirurgi (undgå forvekslingskirurgi)**
- **Risikomedicin (retningslinjer for 5 risikolægemidler)**
- **Forebyggelse af tryksår**
- **Forebyggelse af infektion under indlæggelse**

Forebyggelse af tryksår under indlæggelse

Tryksår (liggesår, skavsår m.v.) er ofte ensbetydende med gene, smerte, forlænget behandling og indlæggelsestid, og i ekstreme tilfælde endda handicap og død. Forekomsten af tryksår er en utilsigtet hændelse som skal indrapporteres af sundhedspersonalet til Patientombuddet. Center for Kvalitet i Region Syddanmark har adgang til de regionale tal og holder øje med udviklingen.

For at øge patientsikkerheden er målet, at der ved udgangen af 2014 ikke opstår tryksår (> grad 0) under indlæggelse på sygehusenheder i Region Syddanmark.

De enkelte sygehusenheder beskriver og implementerer lokale forebyggelsesindsatser fra patientens første indlæggelsesdag f.eks. i form af screening, anvendelse af trykaflastende madrasser, mobilisering m.v.

I monitoreringen af målopfyldelse måles på antal patienter med sygehuserhvervede tryksår (> grad 0), eller alternativt andelen af patienter, der udvikler tryksår under indlæggelse ud af samtlige udskrevne i perioden. Den enkelte sygehusenhed beslutter selv, hvorledes måling af forekomsten foretages, men der skal foretages kontinuerlige opgørelser.

6. Egenomsorg – understøtter dialog og lighed

I kronikerstrategien "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" anvendes begrebet egenomsorgsevne som et parameter i stratificeringsprocessen. En stratificeringsproces, der har til formål at sikre opgavefordeling og samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune om personer med kronisk sygdom i Syddanmark. For at sikre at stratificeringen sker ud fra et fælles grundlag, har Det administrative Kontaktforum nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som har til formål at beskrive indikatorer for vurdering af egenomsorgsevne ved stratificering af personer med kronisk sygdom.

Region Syddanmark har i 2012 udgivet "Guide til egenomsorg som led i patientuddannelser". Guiden er udviklet i kronikerprojektet "Egenomsorg som led i patientuddannelse" i år 2010-2012. Formålet med projektet har været, at undersøge, udvikle og kvalificere arbejdet med egenomsorg som led i patientuddannelser – på tværs af organisatoriske og metodemæssige forankringer. Mange patientuddannelser og rehabiliterende indsatser har styrkelse af patienters og borgeres egenomsorg som et af deres primære formål. Guiden giver en afklaring af egenomsorgsbegrebet og et sæt begreber, der kan bidrage til mere bevidst formulering af mål og virkemidler, når patientuddannelse benyttes som metode til styrkelse af egenomsorg. Guiden rummer en række konkrete anbefalinger og refleksionspunkter, som kan være nyttige for både undervisere og tilrettelæggere af patientundervisning.

7. Shared Care Platform – understøtter dialog og samarbejde

Region Syddanmark udvikler lige nu en tværsektoriel internetbaseret Shared Care Platform, som i et projekt med deltagelse af kommuner, sygehuse og praktiserende læger afprøves på hjerteområdet.

Platformen gør det muligt, at dele patientdata mellem sektorerne og patienten selv. Formålet med platformen er at understøtte behandlingen af patienter hvor flere sektorer skal bidrage til og understøtte patientens forløb. Samtidig gives mulighed for at delagtiggøre patienten i egen behandling. Shared Care Platformen udvikles generisk således at den kan understøtte andre sygdomsområder, hvor behandlingen fordrer et tæt tværsektorielt samarbejde. Platformen yder beslutningsstøtte til klinikerne, kan generere en individuel behandlingsplan til patienten med mål for patientens egen indsats. Den understøtter også hjemmemonitorering og patientens egen inddatering af oplysninger.

8. Behandlingsintensitet – rettidighed i behandling, kvalitet og ansvar

Sundhedsvæsenet i en situation, hvor der er begrænset økonomisk råderum og prioriteringen af indsatsen på sygehusene må have fornyet fokus. Ambulante kontroller skal foretages ud fra evidens og dokumenteret viden om, at det faktisk gør en forskel for behandlingsforløbet. Hvis f.eks. efterkontroller, alene er bundet i tradition snarere end evidens, skal patientforløbet kortes af, og patienten afsluttes. I andre situationer kan det være at kontrolforløb kan foregå i almen praksis frem for i sygehusregi. På en række områder skal der i de kommende år udarbejdes nationale kliniske retningslinjer, for at sikre ensartet og høj kvalitet. Retningslinjerne er også et element i sikringen af en løbende prioritering på sundhedsområdet, med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene. Visse

Ved at flytte ressourcer fra efterkontroller til udredningsaktivitet (som regeringen lægger op til i ny lovgivning om udredningsgaranti) sættes der fokus på patientens behov og nytte af behandlingen. Patienterne skal naturligvis lytte til deres krop og kan henvende sig til sygehuset, hvis de mærker at noget ikke er, som det skal være.

9. DemensSyd.dk – skaber sammenhæng

Hjemmesiden www.DemensSyd.dk er etableret som udløber af samarbejdsaftalen på demensområdet.

DemensSyd.dk er et samarbejde mellem psykiatrien og somatikken i Region Syddanmark, kommunerne, almen praksis og Alzheimerforeningen.

Hjemmesiden fungerer som én indgang til alt vedrørende demens i regionen – uanset om man er patient, pårørende eller fagperson.

10. Strategi for lighed i sundhed – understøtter lighed (strategien er i høring, afsnittet kan først skrives endeligt efter godkendelse)

Arbejdet med en fælles strategi har blandt andet taget udgangspunkt i ny forskning der viser, at mennesker med en sindslidelse har en gennemsnitlig levealder, som er op til 20 år kortere end den øvrige befolkning. 60 % af overdødeligheden skyldes fysiske sygdomme, mens 40% skyldes selvmord, ulykker mv.

Region Syddanmark og kommunerne og almen praksis i regionen ønsker at arbejde målrettet på at mindske uligheden i sundhed for mennesker med en sindslidelse. Som udspring af sundhedsaftalen vedr. indsatsen for mennesker med en sindslidelse er der derfor udarbejdet en fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse. *(Udkast til strategi for lighed er af DAK sendt i høring den 26. juni 2012 med høringsfrist den 21. september 2012, endelig politisk godkendelse i december 2012 (det skal endeligt afklares om det er SKU eller Regionsrådet, der endeligt godkender..))*

Strategien indeholder en kortlægning af overdødeligheden blandt mennesker med en sindslidelse, strategi samt implementeringsplan og endelig en række forslag til konkrete indsatser hos alle samarbejdspartner, nemlig kommunen, psykiatrien og almen praksis.

Strategien forpligter således alle der er i kontakt med mennesker med en sindslidelse. Aktørerne skal hver især tage ansvar for, at man ved mistanke om livsstilssygdom, får tilbyder mennesket med sindslidelsen relevant forebyggelse og/eller behandling af den/de pågældende livsstilssygdom(-me) og ved behov følges til næste relevante tilbud – det være sig psykiatrisk, somatisk eller socialt tilbud.

For at styrke den fælles indsats indeholder strategien særligt fem indsatsområder, som gruppen af aktører skal forholde sig til:

- Viden og uddannelse
- Politikker
- Screening for og opfølgning på KRAM-faktorer
- Forebyggelsestilbud
- Indsatser med henblik på at fastholde patienten i et forebyggelses- eller behandlingsforløb

Aktørerne vil jf. strategien arbejde ud fra fem fælles indsatsområder og dermed styrke den fælles indsats over for bekæmpelsen af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. Da strategien **kun netop er vedtaget i Region Syddanmark** er der ikke muligt at give eksempler på konkrete projekter, men strategien foreslår bl.a. mulige tiltag på følgende områder:

- Obligatorisk screening i patientforløb i Psykiatrien: Screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom, allergi/ intolerans og hjerte-karsygdomme m.m
- Samarbejdsaftaler mellem psykiatri og somatik: Et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik omkring patienterne er en af forudsætningerne for at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter. I Region Syddanmark sikres dette dels ved, at både somatik og psykiatri på sigt indgår i de fælles akutmodtagelser. På kortere sigt formaliseres samarbejdet gennem samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn, second opinion, sparring og undervisning.