

## Tids- og aktivitetsplan

Tid	Aktivitet	opgaver
	Inden første møde i temagruppe	Opgaver: - oversigt over opgaver/aftaleområder - tjekliste - screening af nuværende aftale
Uge 4-7	1. møde i temagruppen	- arbejdsform/proces - stillingtagen til screening – hvad kan genbruges mv. - generel aftale - udvælgelse (prioritering) af kritiske udfordringer, målgrupper mv., hvor der er behov for en aftale - input til politiske aftale - afklaring af borger/patient inddragelse - nedsættelse af underarbejdsgrupper - etablering af netværk for temagruppermedlemmer
Uge 8 (17. febr.)	Afrapportering til sekretariatet vedr. input til politiske aftale	
20. februar	SKU	drøfter vision, mål mv.
28. februar	Tilbage melding til temagrupper om politisk drøftelse i sku	
17. marts	Sundhedsstyregruppe	- Temagruppeformandskaber deltager og præsenterer det foreløbige arbejde/får input til det videre. - udkast til politisk aftale behandles
31. marts	SKU	Behandler 1. udkast til politisk aftale
9. april	Fælles formandskabsmøde	
28. april	Fælles politisk møde SKU	Sundhedsaftale, praksisudviklingsplan
27. maj	Frist temagrupper aflevering af aftale	
16. juni	Sundhedsstyregruppen	Behandler høringsudkast
24. juni	SKU	Behandler høringsudkast
30. juni	Høringsudkast udsendes	

Temagruppe for forebyggelse



## **Kommissorium for temagruppe for forebyggelse**

Dato 16-12-2013

1-30-72-228-12

Sundhedsaftalen er et redskab til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i forløb, der går på tværs af sektorer. Temagrupperne har med afsæt i 'vejledningen for sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg' til opgave at omsætte de overordnede politikker/strategiske mål for sundhedsaftalen til indsatser og aftaler på det pågældende område. Denne del er indeholdt i den sundhedsfaglige aftale.

Side 1

Temagruppe for forebyggelse arbejder med afsæt i:

- Vejledning for Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler – særligt kapitel vedr. forebyggelse
- Overordnede politisk strategiske mål for sundhedsaftalen udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget.

### **1. Ansvar**

I udformningen af sundhedsaftalen har temagruppen ansvar for:

- bidrage med input til den politiske sundhedsaftale
- udvikle indsatser/aftaler, der kan bidrage til, at de overordnede politisk strategiske mål kan blive opfyldt
- udvikle konkrete faglige målsætninger på området
- formulere den sundhedsfaglige aftale

Efterfølgende har temagruppen ansvaret for:

- følge op på sundhedsaftalen på tværs af klynger herunder følge op på indsatser samt nøgletal på området
- behandle generelle problemstillinger og udfordringer på området
- proaktivt i gangsatte udviklingsinitiativer på tværs af klynger
- Bidrage med indspil til de strategiske drøftelser i Sundhedsstyregruppen
- Indsamle viden og løbende sprede viden til klyngerne om indsatser, der har god effekt
- Identificere indsatser med potentiale for udbredelse

- Understøtte udbredelsen af indsatser på tværs
- Bidrage til, at der på tværs af klynger skabes netværk på området

## 2. Opgaver i forbindelse med formulering af aftalen

1) Temagruppen screener den nuværende aftale mhp. at identificere hvilke områder, der blot skal revideres i et mindre omfang eller slettes. Herefter sørger temagruppen for den nødvendige revision. Temagruppens portefølje ift. til kapitler i den nuværende aftale: forebyggelse og sundhedsfremme.

2) Nye aftaler

- Efter screeningen/revision af den nuværende aftale arbejder temagruppen videre ift. operationalisering af de politiske målsætninger for sundhedsaftalen herunder aktuelle problemområder (kritiske udfordringer), hvor det vurderes, at der er behov for en ny aftale (eller en markant ændring af den nuværende)

Processen kan være:

- **Politiske strategiske mål og værdier** – hvordan omsættes disse bedst på dette område? Hvilke aftaler fordrer dette?
- **Afdækning af kritiske udfordringer i samarbejdet.** Hvad er udfordringen? Hvad er problemstillingen set fra borger, praktiserende læge, hospital, kommune, andre? Har vi alle relevante kompetencer inddraget i forbindelse med udformningen af aftalen?
- **Løsning.** Hvad skal der til for at løse udfordringen? Hvad er det gode forløb? Tænker vi nok i samtidige forløb? Hvad er de vigtigste leverancer for, at samarbejdet bliver godt? Hvad skal der til for, at alle aktører inkl borger kan føle sig trygge ved indsatsen? Og at den giver mening for alle? Hvad er de væsentligste barrierer for, at vi når i mål? Og hvordan overkommer vi dem?
- **Formulering af aftale** herunder konkrete faglige mål for aftalen, som temagruppen efterfølgende kan følge op på. Og som spiller op til de overordnede politiske mål.
- **Formidling af aftalen.** Temagruppen forholder sig, hvordan aftalen bedst formidles og implementeres på de pågældende områder. Hvem er den vigtigste målgruppe? Hvilken formidling er den bedste til denne målgruppe?

Arbejdsform

Temagruppen vælger selv sin arbejdsform fx workshop mv. Der lægges op til, at der nedsættes mindre ad hoc arbejdsgrupper, som udarbejder forslag til de konkrete aftaler, som temagruppen så tager stilling til.

Der udvikles en drejebog med et forslag til en proces, som temagruppen kan tage afsæt i. Endvidere udarbejdes en tidsplan for temagrupperne.

## 3. Sammensætning

Der er behov for, at temagrupperne er sammensat tværfagligt og tværsektorielt på ledelsesniveau. Der skal tages hensyn til dette i forbindelse med udpegningen. Når der er brug for særlig faglig ekspertise indkaldes dette ad hoc. Eller temagruppen nedsætter en mindre arbejdsgruppe med den tilstrækkelige faglige kompetence. Temaer, der går på tværs af f.eks. to temagrupper, varetages i en arbejdsgruppe under temagrupperne med de relevante faglige kompetencer (f.eks. den akutte patient, som både rummer psykiatriske og somatiske patienter). Formandskaberne aftaler rollefordelingen.

Temagrupperne er stående, men sammensætning og kommissorier kan justeres.

#### Medlemmer

5 kommunale ledelsesrepræsentanter (1 fra hver klynge, fx sundhedschef, beskæftigelseschef)  
4 hospitalsrepræsentanter på ledelsesniveau (1 fra hver klynge, fx oversygeplejerske, chefterapeut mv.)

1 repræsentant fra Center for folkesundhed og kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

1 medlem af PLO

2 medlemmer af temagruppen for psykiatri voksen (kommune, region)

1 medlem af økonomi- og opfølgingsgruppen

1 medlem af kvalitetsudviklingsgruppen

#### Formandskab

Regional chef

Kommunal chef

#### Sekretariat

1 kommunal sekretær

1 regional sekretær (Nære Sundhedstilbud)

I forbindelse med udpegningen skal der tages højde for tværfagligheden.

#### *Formandskab og sekretariat*

Der er delt formandskab mellem region og kommuner. Region og kommune stiller hver med en sekretær for temagruppen.

1-2 gange om året arrangeres tværfaglig temadag, hvor formandskaberne mødes på tværs om tværgående indsatser. Dette skal bidrage til en bedre koordinering på tværs af områderne. Endvidere vil det være en central opgave for det enkelte formandskab undervejs i skriveperioden at holde sig orienteret om arbejdet i de øvrige temagrupper, og derved håndtere eventuelle snitflader.

#### **4. Kompetence**

- Temagrupperne refererer til Sundhedsstyregruppen
- Temagruppen har kompetence til at træffe beslutning om sundhedsfaglige forhold i tilknytning til sundhedsaftalen, som ikke har en væsentlig økonomisk, kvalitetsmæssig eller organisatorisk betydning
- Sundhedsstyregruppen orienteres løbende
- 1 gang om året mødes Sundhedsstyregruppen med formandskaberne
- Temagruppen kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper
- For at styrke patientinddragelsen i udviklingen af indsatser får alle temagrupper til opgave at tilvejebringe denne inddragelse f.eks. ved, at 1-2 patienter deltager i udformningen af sundhedsaftalen eller andre former for inddragelse.

## **5. Tid**

Temagruppen mødes 3-4 gange om året.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen kan mødefrekvensen øges.

# Politisk aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

## 1. Formål

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

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

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

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

## 2. Målsætninger

### • Forbedre folkesundheden i Region Midtjylland

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

*Konkrete mål:*

- Stigning i andel, der selv vurderer, at de har et godt helbred, til 90 % i 2013. I 2006 var andelen 88 %
- Fald i andel daglige rygere til 20 % i 2013. I 2006 var andelen 25 %
- Fald i andel af borgere med et risikabelt alkoholforbrug til 18 % i 2013. I 2006 var andelen 20 %
- Stigning i andel, der er fysisk aktive dagligt, til 40 % i 2013. I 2006 var andelen 35 %

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

*Konkrete mål:*

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

### **3. Indsatsområder**

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

#### **3.1 Sammenhængende tilbud i forhold til KRAM-faktorerne**

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

#### **3.2 Mennesker med kronisk sygdom**

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

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

#### **3.3 Social lighed i sundhed**

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

### **3.4 Udviklingsområder**

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

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



#### 4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

Målsætning	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Forbedre folkesundheden i regionen	Stigning i andel der selv vurderer, at de har et godt helbred til 90 %. I 2006 vurderede 88 %, at de havde et godt helbred (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål B1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Fald i andel daglige rygere til 20 %. I 2006 var der 25 % daglige rygere (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål I1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Fald i andel borgere med et risikabelt alkoholforbrug til 18 %. I 2006 var der 20 % med et risikabelt alkoholforbrug (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det. Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Stigning i andel, der er fysisk aktive dagligt til 40 %. I 2006 var 35 % dagligt fysisk aktive i mindst 30. min. (Hvordan har du det?)	Måles i 2013 Den regionale sundhedsprofil Hvordan har du det (spørgsmål L1) Ultimo 2010 + ultimo 2013	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
Forbedre sundheden for borgere med kronisk sygdom	Patientens oplevelse af sammenhæng i forløb. Baseline 2010	Redskab udviklet af Center for Kvalitetsudvikling. Tidspunkt: Start 2011 – afslut 2012	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Andel af patienter, der tilbydes årskontroller inden for de tre forløbsprogrammer (KOL, hjertekar og diabetes). Baseline 2010	Opgøres årligt på baggrund af baseline 2010	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis til kommunale tilbud	Registrering påbegyndes i kommunerne primo 2011	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Tværasektorielle initiativer, der understøtter implementering af forløbsprogrammerne er igangsat i alle klynger inden udgangen af 2013	Opsamles på klyngestyregruppemøder	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
	Udarbejdelse af forløbsprogrammer	2013: To yderligere forløbsprogrammer er udarbejdet og politisk godkendt	Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse

# Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Denne aftale er den administrative udmøntning af bekendtgørelsens krav til indhold i sundhedsaftalen for sundhedsfremme og forebyggelse – herunder patientrettet forebyggelse.

## 1. Målgruppe

Målgruppen for denne aftale er alle borgere, børn såvel som voksne, der har behov for sundhedsfremmende og forebyggende ydelser. Mennesker med kronisk og langvarig sygdom, herunder mennesker med psykisk sygdom, er en særligt prioriteret målgruppe, da de ofte gennemgår forløb, hvor de både kommer i kontakt med almen praksis, hospital og kommune. Derfor er det nødvendigt med en særlig koordinering mellem sektorerne i forhold til denne gruppe.

## 2. Lovgivningsmæssige rammer

Efter sundhedslovens § 119 er sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag,<sup>1</sup> herunder den patientrettede forebyggelse, et delt ansvar mellem region og kommuner.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis, samt etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats.

## 3. Ansvars- og opgavefordeling

Den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem region og kommune, og opgaven skal varetages i et tæt samarbejde mellem disse aktører. Indsatsen har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer samt at forebygge yderligere sygdom i at opstå. Dette forudsætter, at den enkelte patients kompetencer, viden og færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve god egenomsorg understøttes f.eks. gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning.

Fordelingen af arbejdsopgaver mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen i forhold til den patientrettede forebyggelse sker på baggrund af en vurdering af patientens sygdomsgrad og behov. I forløbsprogrammerne for KOL, Type 2 Diabetes og Akut Koronart Syndrom (AKS) er der tillige angivet stratificeringskriterier. Forløbsprogrammerne kan findes på: <http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom>

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

### **3.1 Region Midtjylland**

Region Midtjylland er ansvarlig for den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, der er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner.

Region Midtjylland varetager rådgivningsforpligtelsen overfor kommunerne gennem forskellige overbliksskabende initiativer, ved specialiseret rådgivning og undervisning, samt ved at understøtte samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen generelt. Region Midtjyllands varetagelse af rådgivningsforpligtelsen er nærmere beskrevet i afsnit 6.

### **3.2 Kommuner**

Kommunerne skal tilbyde opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter. Den tværdiagnostiske patientuddannelse har fokus på KRAM-faktorerne samt mestring af livet med kronisk sygdom. Kommunerne har særligt gode muligheder for at støtte op om og tage hånd om de psykosociale aspekter, herunder inddragelse af patienternes hverdagsliv. Dette understøttes af, at kommunernes indsats koordineres mellem forvaltningsområderne.

Kommunerne er endvidere ansvarlige for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

### **3.3 Almen praksis**

Almen praksis har en væsentlig rolle ved tidlig opsporing samt identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer. Almen praksis skal informere patienten om og henvise til relevante kommunale og regionale forebyggelsestilbud og sikre sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelse af såvel sygdomsspecifik som tværgående karakter. Almen praksis har en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med kommune og hospital, ikke mindst for ressourcetsvage patienter. Almen praksis har desuden en særlig opgave med at være tovholder i forhold til det samlede behandlingsforløb for patienter med kronisk sygdom.

## **4. Indsatsområder**

For at nå de overordnede målsætninger for denne aftaleperiode er der på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet udvalgt følgende indsatsområder:

- Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM-faktorer)
- Mennesker med kroniske sygdomme
- Lighed i sundhed
- Børn, unge og gravide

Der er indgået en særskilt aftale i forhold til sidstnævnte.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

#### **4.1 KRAM-faktorer**

De lokale sundhedsaftaler kan indeholde aftaler om den konkrete arbejdsdeling vedr. indsatserne i forhold til KRAM-faktorerne. Aftalerne indgås med henblik på at tilbyde en sammenhængende indsats.

Det er aftalt, at en sammenhængende forebyggelsesindsats overfor rygning har højeste prioritet i denne sundhedsaftaleperiode.

Jf. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal der i forbindelse med akkrediteringen på hospitalerne foretages systematisk screening af patienter i forhold til kost, rygning, alkohol og motion samt sociale faktorer.

Der skal foreligge retningslinjer for ansvars-/opgavefordeling på hospitalet og mellem sektorer og retningslinjer for, hvordan den sundhedsmæssige risikovurdering og opfølgningen heraf formidles til aktører senere i patientforløbet. Primært til den alment praktiserende læge (epikrise) og hjemkommunen.

#### **4.2 Mennesker med kronisk sygdom**

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

Region Midtjylland har udarbejdet en vision og strategi for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom<sup>7</sup> samt et notat omhandlende kommunernes rolle ved en forbedret indsats<sup>8</sup>.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at vision- og strategipapiret samt notatet udgør grundlaget for en fortsat udvikling af samarbejdet mellem kommunerne, almen praksis og Region Midtjylland med henblik på at opnå bedre sammenhæng i ydelser og forløb i forhold til mennesker med kronisk og langvarig sygdom.

Link: [www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom)

---

<sup>7</sup> Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats, Region Midtjylland, november 2007

<sup>8</sup> "Tanker om kommunernes rolle ved en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom, Region Midtjylland, oktober 2007

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

#### **4.2.1 Aftaler om sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom**

Kommunerne og regionen har i 2010-2012 modtaget midler fra Pulje under Indenrigs- og Sundhedsministeriet (tidl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) vedrørende en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Midlerne skal anvendes til omstilling og implementering af en forbedret indsats for mennesker med kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer og patientuddannelse.

##### **Forløbsprogrammer**

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for Type 2 Diabetes, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), og Akut Koronart Syndrom (AKS) og igangsat udarbejdelse af et forløbsprogram for muskel- og skeletlidelser.

De tre udarbejdede forløbsprogrammer implementeres gradvist i regionen. Der indgår lokale aftaler om implementeringen og opgavedelingen i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne.

##### **Kronikerkompasset**

Af de ovenfor nævnte puljemidler afsættes der midler til et omstillingsprojekt i almen praksis, kaldet "Kronikerkompasset". Indsatsen i almen praksis er afgørende for den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom, da almen praksis forventes at påtage sig rollen som tovholder for patientens samlede forløb. Almen praksis er den vigtigste part i opsporingen og udredningen af borgere med kronisk sygdom. I kraft af opsporingen og udredningen bidrager de praktiserende læger til en prioritering af hvilke borgere, der har behov for et regionalt og/eller et kommunalt tilbud. Udredningen baseres bl.a. på Dansk Selskab for Almen Medicin's (DSAM) anbefalinger (kliniske vejledninger), som forløbsprogrammerne også er baseret på.

Tovholderfunktionen forudsætter, at praksis er proaktiv, har overblik over det samlede forløb for patienter med kronisk sygdom samt viden om den indsats og de tilbud, der er i kommunerne og på hospitalerne. Hermed skal det også sikres, at patienten bliver behandlet det rette sted i sundhedsvæsenet (hospital, almen praksis, kommune), herunder at patienter, der kun i begrænset omfang har brug for behandling, sikres mulighed for egenbehandling. Kronikerkompasset, andre projekter under puljen samt samling af kommunale og regionale tilbud på [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) understøtter indsatsen i almen praksis.

#### **4.2.2 Aftaler om patientuddannelse til mennesker med kronisk sygdom**

Mennesker med kronisk sygdom skal tilbydes patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så velkvalificeret egenomsorg som muligt. Dette skal sikres gennem patientuddannelsesstilbud af høj kvalitet og med mulighed for differentiering i forhold til den enkeltes behov, ressourcer og vilkår.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Patientuddannelse kan opdeles i to kategorier:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse og
- Tværdiagnostisk patientuddannelse

Se definition i afsnit 9.

Det er primært regionen, der har ansvaret for at udbyde den sygdomsspecifikke patientuddannelse, og kommunen, der har ansvaret for at udbyde den tværdiagnostiske patientuddannelse (se afsnit 3 om arbejdsdeling). Parterne kan dog lade egne opgaver varetage af andre. Vælger regionen eller kommunen at lade andre varetage opgaven, skal snitfladerne hertil beskrives på klyngeniveau. Der kan udbydes sygdomsspecifik patientuddannelse i kommunerne – f.eks. KOL, AKS og Type 2 Diabetes hold. Dette kræver:

- At der er patientgrundlag til det
- At undervisningen ikke kræver medvirken på speciallægeniveau,
- At undervisningen ikke kræver specialiseret tværfaglighed, eller
- At patientsikkerhedsmæssige hensyn ikke kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr eller kliniske støttefunktioner

### **4.2.3 Monitorering af kronikerindsatsen**

Sundhedskoordinationsudvalget har udpeget kronikerindsatsen, herunder forløbsprogrammerne, til et fælles regionalt-kommunalt evalueringsområde i 2010.

Monitoreringen af forløbsprogrammerne vil fokusere på fire hovedområder;

- Organisatoriske overgange og sammenhæng
- Indsamling af kliniske data
- Patientoplevelse sammenhæng og
- Økonomiske konsekvenser

Ud over at benytte de eksisterende kliniske kvalitetsmonitoreringsinitiativer, arbejder parterne med at udvikle specifikke monitoreringsindsatser, der bl.a. undersøger borgernes oplevelse af sammenhængende patientforløb og effekten af patientuddannelse.

#### **Projekt kronikerdata**

Region Midtjylland har igangsat et udviklingsprojekt, hvis formål det er at understøtte den tværsektorielle kronikerindsats. Projektet samkører eksisterende data fra en lang række kliniske databaser. I første fase anvendes data til:

- At skabe overblik over den samlede population af patienter med Type 2 Diabetes, KOL og Akut Koronart Syndrom (AKS)
- At skabe dokumentation for den indsats, som ydes til den enkelte kroniske patient

I den kommende fase fokuseres der på at anvende data til at levere beslutningsstøtte og kvalitetsudvikle indsatsen.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Projektet har i første fase særligt fokus på at levere data til almen praksis og derigennem understøtte praktiserende lægers rolle som tovholder. I de kommende faser udvikles projektet til også at have fokus på indsatsen på hospitaler og i kommuner, herunder databehov, -anvendelse og -produktion. Endvidere vurderes muligheden for at inddrage den øvrige praksissektor, herunder speciallægepraksis. Det er målet, at projektet på sigt kan sammenstille eksisterende relevante data fra alle sektorer og dermed skabe et fælles data-fundament for kvalitetsudvikling og samarbejde mellem praksis, hospital og kommuner i den enkelte klynge og på tværs af regionen.

### 4.3 Lighed i sundhed som indsatsområde

Hospitaler, almen praksis og kommunerne skal indgå aftaler om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper. Der skal endvidere samarbejdes om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for menneskers forskellige muligheder for deltagelse.

Der er to overordnede perspektiver på sociale forskelle i sundhed:

1. Det ene perspektiv fokuserer på hele befolkningen, hvor der over hele skalaen fra høj til lav socioøkonomisk position er en gradient med stigende sygelighed og dødelighed. Sigtet er derfor et samlet løft af hele befolkningens sundhed med de højtuddannede som pejlemærke
2. Det andet perspektiv har fokus på specifikke grupper, som er udsatte for en eller flere belastende sociale forhold og med sygdomstilstande, der både har biologiske og sociale årsager, og som har alvorlige sociale konsekvenser. Dette perspektiv på udsatte grupper er målrettet et specifikt udsnit af befolkningen og sigter på at bryde den cirkel, hvor sygdom og lav position forstærker hinanden

I samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne er begge perspektiver relevante og supplerer hinanden. I den fælles opgave med at reducere den sociale ulighed kan der arbejdes med forskellige typer af tilbud:

- **Integrerede tilbud** hvor alle uanset social position deltager i samme tilbud, som tilrettelægges således, at flest mulige i målgruppen deltager. Der er fokus på opsporing, rekruttering og fastholdelse. Eksempler er forløbsprogrammer, patientuddannelses tilbud og systematiske undersøgelser af risikofaktorer på hospitaler og i almen praksis med opfølgende sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, herunder i kommunerne
- **Socialt differentierede tilbud** som tager udgangspunkt i et eksisterende tilbud, men samtidigt tager højde for, at dele af målgruppen har særlige sociale vilkår, som fordrer særlig opmærksomhed, og derfor tilbydes noget ekstra. Formålet er, at alle i målgruppen får lige udbytte af tilbuddet. Eksempler er socialt differentieret hjerterehabilitering og forebyggelse af multisygdom blandt sårbare mennesker med kroniske og langvarige psykiske sygdomme

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

- **Specielle og unikke tilbud** som er målrettet specifikke grupper og kan tilgodesede helt særlige behov. Eksempler er interkulturel sundhedsfremme og rehabilitering – et patientuddannelsesforløb for etniske minoriteter, vægtstoprådgivning for psykisk syge i socialpsykiatrien og TTA (Tilbage Til Arbejdet) for langtidssygemeldte med bevægeapparatslidelse

De forskellige måder at takle den sociale ulighed i sundhed på har til formål at sikre lige adgang og lige udbytte for borgere og patienter. Et fokus på både chancelighed og resultatlighed er nødvendigt for at give alle borgere samme mulighed for sundhed.

Der er et stort udviklingspotentiale i arbejdet med at reducere social ulighed i sundhed. Det er vigtigt at fokusere på en fortsat kvalificering af arbejdet med udvikling af socialt differentierede og specielle tilbud – ved at målrette dem, tiltrække den relevante målgruppe og at fastholde deltagerne i forløbene. Det er enighed om at temasætte det i Temagruppen vedrørende Sundhedsfremme og Forebyggelse, og give det høj prioritet.

#### **4.3.1 Aftaler om begrænsning af sygefravær og arbejdsfastholdelse**

Én af de indsatser, der kan være med til at modvirke den sociale ulighed i sundhed, er **begrænsning i sygefravær og arbejdsfastholdelse**.

Parterne kan indgå aftaler for at optimere samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis på området. Målet er en hurtig og koordineret indsats med henblik på afkortning af sygefravær og sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

De specifikke sygdomsgrupper, der skal omfattes af en særlig hurtig og koordineret udrednings-, behandlings- og sagsbehandlingsindsats, aftaler parterne i de konkrete forhandlinger mellem kommunerne og regionen (lokalt eller på klyngeniveau).

#### **Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland**

Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland, der har deltagelse af bl.a. hospitaler, kommuner, almen praksis og arbejdsmarkedsparter, drøfter løbende samarbejdet mellem de arbejdsmedicinske klinikker og kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger.

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager sekretariatsfunktionen for Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland.

#### **Specialistteam ved afdeling for klinisk social medicin, Center for Folkesundhed**

Sygemeldte borgere med uklare helbredsproblemer, der oplever funktionstab f.eks. som følge af smerter og psykiske problemer kan have gavn af henvisning til specialistteamet ved afdeling for klinisk social medicin, Center for Folkesundhed.



Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Teamet tilbyder en afklarings- og udredningsproces, og det er tværfagligt med deltagelse af socialmedicinske speciallæger, psykologer, reumatologer, psykiatere og socialrådgivere. Kommunerne kan mod betaling henvise til tilbuddet.

## **5. Udviklingsområder**

Parterne har i fællesskab identificeret en række udviklingsområder, hvor der kan udvikles mere effektive indsatser gennem øget viden, styrket indsats og samarbejde. Dette skal ske til gavn for borgere og patienter. Temagruppen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse drøfter og kommer med anbefalinger til dette arbejde. Tema-gruppens anbefalinger drøftes efterfølgende i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Centrale udviklingsområder for en sammenhængende indsats er:

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

## **6. Region Midtjyllands varetagelse af rådgivningsforpligtigelsen**

Regionens rådgivning til kommunerne sker i en dialog mellem parterne, der hver for sig har viden, den anden part kan drage nytte af. En del af den regionale rådgivningsforpligtigelse varetages gennem aktiviteter, der sikrer regional og kommunal videndeling som beskrevet i afsnit 7. En anden del af rådgivningsforpligtigelsen varetages gennem udvikling af overordnede strategier, og der findes i regionen afdelinger med særlige kompetencer inden for udvikling, forskning, kvalitetsudvikling, folkesundhed, tværasektorielt samarbejde og kronikerindsats.

Kommunerne kan bl.a. bidrage med viden og erfaring om eksempelvis patientuddannelse, herunder sundhedspædagogiske metoder, sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, der er rettet mod at mestre sygdomme og etablere et hverdagsliv.

Nedenfor er beskrevet en række konkrete regionale tiltag, der indgår som en del af den regionale rådgivningsforpligtigelse.

### **6.1 "Hvordan Har Du Det?"**

Som led i en systematisk monitorering af befolkningens sundhed gennemfører Region Midtjylland i 2010 for anden gang (første gang i 2006) en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt de voksne. Undersøgelsen *Hvordan har du det?* gentages i 2013 og herefter en gang pr. valgperiode.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Undersøgelsen indgår i den nationale *Hvordan har du det?*, der gennemføres samtidigt over hele landet med det formål at skaffe sammenlignelige data for samtlige kommuner. Der er nedsat en følgegruppe, der består af regionale og kommunale repræsentanter.

Link: [www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk)

## 6.2 Kortlægning af patientuddannelse i regionen

Region Midtjylland har i 2007 og 2009 udarbejdet kortlægninger af patientuddannelses tilbudene på regionens hospitaler. Disse kortlægninger laves kontinuerligt og benyttes i klyngestyrergrupperne som grundlag for den fortsatte dialog med kommunerne omkring samarbejdet om den patientrettede forebyggelse.

Link: [www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse)

## 6.3 Evalueringsværktøj til patientuddannelsesforløb

Region Midtjylland har iværksat en videreudvikling af et generisk redskab til monitorering og evaluering af forskellige patientuddannelser i kommuner og på hospitalerne.

Der er tre formål med monitorerings- og evalueringsredskabet:

- Indsamling af standardiserede og dermed sammenlignelige data fra patientundervisning i kommuner og hospitaler til brug ved evaluering
- Løbende udtræk af informationer fra de registrerede data, der kan bruges af frontpersonalet ved tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningsaktiviteter
- Sammenligning af patientdata med sundhedsprofildata således, det er muligt at afklare, om målgruppen for den pågældende aktivitet rammes og hvordan, funktionsniveau, livsstil etc. er hos deltagerne sammenlignet med baggrundsbefolkningen og målgruppen

## 6.4 Uddannelse og rådgivning i sundhedsfremme og forebyggelse

Regionen udbyder i regi af Center for Folkesundhed og Center for Kvalitetsudvikling en række uddannelser inden for sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.

- Uddannelse i Sundhedsfremme og forebyggelse til ledere og medarbejdere i kommunerne
- Uddannelse i Sundhedspædagogik til sundhedsfagligt personale i kommuner, på hospitaler og i almen praksis
- "Bedre liv til mennesker med kroniske sygdomme" - diplommoduler og korte kurser til sundhedsfaglige med særligt fokus på kompetenceudvikling i forhold til varetagelsen af patienter med én eller flere kroniske sygdomme

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

- Uddannelse af rygestoprådgivere i almen praksis, kommuner, hospitaler og sundhedspersonale fra andre områder eksempelvis rådgivningscentre og apoteker

## **6.5 Rådgivning om hygiejne**

Hygiejne er et væsentligt element i forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Regionen varetager rådgivning af kommunerne i forhold til den generelle hygiejne. Hospitaler og kommuner aftaler lokalt, hvordan rådgivningen skal foregå, og hvad den skal indeholde.

### **6.5.1 Regionens rådgivning om MRSA<sup>9</sup>**

Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland tilbyder kommunerne i regionen et kursus på en dag til uddannelse af en kommunal hygiejneperson (MRSA) i både hjemmesygeplejen og i sundhedsplejen. De kommunale nøglepersoner har mulighed for at få vederlagsfri telefonisk rådgivning om MRSA ved regionens hygiejnesygeplejersker.

## **7. Videndeling og sikring af sammenhæng mellem de regionale og kommunale sundhedsfremme og forebyggelsestilbud**

Sikringen af sammenhængen mellem de regionale og kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud sker via den formaliserede klyngestruktur i Region Midtjylland. Ud over denne formaliserede klyngestruktur er det vurderet, at Temagruppen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse har en særlig opgave i at medvirke til:

- En hensigtsmæssig tilrettelæggelse af tilbuddene på tværs af sektorer
- At afdække og beskrive udviklingsbehov på tværs af sektorer
- At bidrage til kvalitetssikring af de tværsektorielle tilbud.

Temagruppen skal fungere som en samlende overbygning på de faglige udviklingssøjler, der findes inden for hver enkelt sektor (se afsnit 7.1), samt for de tværsektorielle råd, fora, netværk, der indenfor forskellige områder allerede er nedsat (se afsnit 7.2.1).

Temagruppens opgaver er desuden, at:

- Medvirke til at dagsordenssætte sundhedsfremme og forebyggelse
- Yde rådgivning til og kvalificere beslutningsoplæg til Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen
- Medvirke til faglig dialog på tværs af klyngerne. Emnerne kan være i forhold til tilrettelæggelse, udvikling, kvalitetssikring og evaluering af sundhedsfremme og

---

<sup>9</sup> Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus

## Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

forebyggelsesindsatsen inden for rammerne af den generelle samarbejdsmodel for sundhedsarbejdet

- Sikre fokus og opfølgning på samarbejdet om implementering af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i relation til DDKM og regionale og kommunale modeller for sundhedsfremme og forebyggelse
- Udarbejde forslag til statusopgørelse til godkendelse i Sundhedsstyregruppen
- Sikre koordinering af de faglige netværk
- Bidrage til revision, udvikling og opfølgning på sundhedsaftalerne
- Sikre planlægning og gennemførelse af den årlige konference på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet
- Udarbejde overordnede retningslinjer for arbejdsdelingen mellem region og kommuner. I de overordnede retningslinjer for arbejdsdelingen skal der være rum for lokal forskellighed og mere specifikke aftaler, der indgås lokalt i klyngerne

I forhold til varetagelse af ovenstående opgaver mødes temagruppen efter behov. Relevant faglig ekspertise til løsninger af de enkelte opgaver inddrages efter behov.

### 7.1 Sektoropdelte faglige udviklingsfora

Med henblik på at sikre og fremme den løbende sundhedsfaglige udvikling og sikre forankring af indsats, erfarings- og informationsudveksling samt videndeling, er der nedsat to fora:

- Et for hospitalerne: Regionalt forum for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering på hospitalerne og i psykiatrien
- Et for kommunerne: Kontaktforum for kommuner og region

Almen praksis har valgt ikke at nedsætte et særskilt forum, men har placeret opgaven i det Regionale Kvalitetsteam. Udvalget er nedsat i regi af Primær Sundhed, Region Midtjylland.

Foraene mødes 2-3 gange årligt, og der afholdes efter behov fælles konferencer med deltagelse af hospitaler, almen praksis og kommuner. Sekretariatsfunktionen varetages af Center for Folkesundhed.

### 7.2 Videndeling mellem sektorerne

For at sikre sammenhæng i sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i sundhedsydelserne er det nødvendigt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed forbedres. Det er nødvendigt, at det sker på tværs af sektorer og på visse områder og så tværfagligt.

Det sikres bl.a. ved:

- Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner
- Etablering af faglige netværk
- Fælles skolebænk om relevante emner

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Ved nye initiativer aftales det i Sundhedsstyregruppen, hvem der er ansvarlig for udførelsen af initiativer under ovennævnte overskrifter, hvordan disse finansieres samt hvem, der varetager sekretariatsfunktionen.

### **7.2.1 Regionale netværk og fora**

Der nedsat en række tværsektorielle netværk, fora og råd inden for områder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er en væsentlig del af indholdet. Deres opgave er blandt andet at varetage faglig videndeling, sparring og koordinering af det tværsektorielle samarbejde på tværs af klyngerne. Det drejer sig om:

- Chefjordemoderrådet
- Forum for samarbejde om sundhedspleje
- Netværk for rygestopinstruktører
- Hjerneskaedesamrådet

Region Midtjylland koordinerer og varetager sekretariatsbetjeningen af denne type samarbejde.

## **7.3 Mi(d)t Liv**

Region Midtjylland udgiver tre gange årligt mi(d)t Liv, et blad om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Formålet er at formidle viden og erfaringer, at behandle udvalgte temaer nuanceret samt synliggøre igangværende arbejde. For at understøtte samarbejdet og kommunikationen mellem sektorerne er der nedsat et redaktionspanel med deltagelse fra almen praksis, hospitaler, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og en kommunal repræsentant udpeget af Kommunekontaktrådet. Redaktionen varetages af Center for Folkesundhed.

Link: [www.midtliv.rm.dk](http://www.midtliv.rm.dk)

## **7.4 Tilgængelighed af information**

Sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud forudsætter gensidigt kendskab til og overblik over de indsatser, der foregår i henholdsvis kommuner, praksissektor og på hospitalerne. Ved at gøre viften af regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud tilgængelige sikres:

- Sammenhæng og tilgængelighed i information om regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud til borgerne
- Et grundlag for at skabe sammenhæng mellem de forskellige forebyggelsestilbud i kommunerne, regionen og almen praksis
- Hurtig adgang til opdateret viden for det sundhedsfaglige personale
- Videndeling mellem samarbejdspartnerne

Regionen og kommunerne forpligter sig til at formidle viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Kommunerne har ansat kommunale praksiskonsulenter, der bidrager til formidlingen af de kommunale tilbud til de praktiserende læger i området. De praktiserende lægers hjemmeside [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk), som er en del af [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), er et væsentligt omdrejningspunkt for formidlingen af information til almen praksis, herunder formidling af viden om de kommunale og regionale tilbud om patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Disse oplysninger på [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) er tilgængelige for alle, både sundhedsprofessionelle og borgere.

Kommunerne og hospitalerne er forpligtede til at udarbejde materiale i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelig hos relevante aktører så som praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, borgerserviceafdelinger, hjemmesygeplejen og visitationen.

### **8. Kvalitetssikring, udvikling og forskning**

Regionen og kommunerne i Region Midtjylland forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige viden og evidens. Viden herom sikres gennem anvendelse af de udarbejdede forløbsbeskrivelser og så vidt muligt evidensbaserede retningslinjer. Forløbsbeskrivelserne og retningslinjerne udarbejdes i forlængelse af implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og best practice.

Som beskrevet i afsnit 7 er der i samarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne opbygget en ramme for den patientrettede og borgerrettede forebyggelse ved dannelse af tværsektorielle netværk og afholdelse af fælles tværsektorielle temadage.

Disse skal fungere som platform for en dialog om kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og tilrettelæggelse af den patientrettede og borgerrettede forebyggelse. Temadage og erfaringsudveksling skal tage udgangspunkt i den nyeste viden om risikofaktorerne/kroniske sygdomme. Temadagene vil bl.a. kunne omfatte oplæg ved fagpersoner fra kommunerne og fra hospitalerne således, at der sker en systematisk specialiseret rådgivning fra hospitalerne til samtlige kommuner.

Formålet er, at parterne har en fælles forståelse af implementeringen af de fælles faglige standarder for forebyggelsestilbuddene i relation til risikofaktorer og kroniske patientgrupper, særlige målgrupper og effektive metoder på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Kommunerne og regionen vil holde sig ajour med landsdækkende resultater og anbefalinger, der bl.a. udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. For at sikre, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden, vil kommunerne og regionen sætte fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling.

Administrativ aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Region Midtjylland og Aarhus Universitet har indgået en aftale om Miljø for Folkesundhed, som er et ligeværdigt formaliseret samarbejde mellem Center for Folkesundhed og Institut for Folkesundhed om forskning og udvikling på folkesundhedsområdet. Center for Folkesundhed indgår med to afdelinger i Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

## 8.1 Folkesundhed i midten

Region Midtjylland har i samarbejde med kommunerne i regionen dannet samarbejds-konstruktionen "Folkesundhed i Midten" for i fællesskab at støtte forsknings- og udviklingsarbejdet i regionen. Gennem bidrag på 1 krone pr. borger både fra kommunerne og regionen bliver der afsat et årligt beløb på 2,5 mio. kr. til forskning og udvikling i den fælles opgaveløsning om folkesundhed.

Folkesundhed i Midten er etableret som følge af Sundhedslovens § 194, hvor regionerne har ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal medvirke til denne forskning. Samarbejds-konstruktionens genstandsfelt udgøres af de aftaleområder, som fremgår af "Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler".

Link: [www.fim.rm.dk](http://www.fim.rm.dk)

## 9. Definition af sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse

**Den sygdomsspecifikke patientuddannelse** kan være individuel eller gruppebaseret og omfatter initiativer, der retter sig mod personer med en specifik diagnose. Undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, og det drejer sig oftest om undervisning, som sigter mod at øge patientens sygdoms- og symptomforståelse, øge indsigten i sygdommens kort- og langsigtede konsekvenser samt gøre patienten bedre i stand til at følge den anbefalede medicinske behandling. De væsentligste dele af undervisningen er således formidling af viden om sygdom og behandling samt hjælp til konkret problemløsning. I forhold til patienter med kroniske lidelser vil der ofte også være fokus på mestring af livet med sygdommen.

**Den tværdiagnostiske patientuddannelse** sigter mod såvel patienter med kroniske lidelser som udsatte grupper. Undervisningen kan eksempelvis omfatte initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. I forhold til patienter med kroniske lidelser har den tværdiagnostiske patientuddannelse til formål dels at forhindre, at sygdommen udvikles, dels at forbedre sygdomsforløbet samt at lære at mestre psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom.

## **Sundhedsaftale 2011 – 2014**

### **Lommehåndbog for personale på hospitaler, i kommuner og praksissektoren**

#### **- Uddrag om sundhedsfremme og forebyggelse**

#### **7. Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder den patientrettet forebyggelse**

##### **Indholdsfortegnelse**

7.1. Den gode forebyggende og sundhedsfremmende indsats

7.2. Definition på forebyggelse

- Borgerrettet forebyggelse
- Patientrettet forebyggelse

7.3. Arbejdsdeling ved den patientrettet forebyggende

REGIONENS ANSVAR

HOSPITALET'S ANSVAR

- Hospitalets information om dets forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

ALMEN PRAKSIS' ANSVAR

- Information til almen praksis om de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

KOMMUNERNES ANSVAR

- Kommunens information om dens forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

7.4. Regionens rådgivningsforpligtigelse til kommunerne

7.5. Udvalgte fokusområder for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

- Risikofaktorer og folkesundhed
- Borgere med kroniske lidelser
- Svangre, børn og unge

7.6. Aftalte sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

- Svangre, børn og unge
- Social ulighed i sundhed

7.7. Sikring af faglige viden og evidens ved patientrettet forebyggelse

- Screening af patienter og borgere
- Koordination og informationsudveksling
- Fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling
- Vidensdeling mellem sektorerne
- Metodeudvikling
- Forskning og udvikling

##### **7.1. Den gode forebyggende og sundheds-fremmende indsats**

- Vi vil, at patienten oplever kontinuitet i den tværsektorielle forebyggende og sundheds-fremmende indsats
- Vi vil etablere rammer, som mobiliserer den enkelte patients ressourcer og handlekompetence, inddrager borgerens netværk og tager højde for patientens socioøkonomiske vilkår
- Vi vil inddrage sundhedsfremmeaspektet i alle patienters kontakter med hospital, kommune og egen læge

##### **7.2. Definition på forebyggelse**

###### **Borgerrettet forebyggelse**

- Formålet er at forebygge sygdom og ulykker hos raske borgere



- Indsatsen primært et kommunalt ansvar

#### **Patientrettet forebyggelse**

- Formålet er at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer
- Dette forudsætter, at den enkelte patient i videst muligt omfang bibringes kompetencer, viden til at tage vare på eget helbred og ved at udøve god egenomsorg f.eks. gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning
- Indsatsen er både et regionalt og kommunalt ansvar

### **7.3. Arbejdsdeling ved den patientrettet forebyggende**

#### **REGIONENS ANSVAR**

- Den patientrettet forebyggelse, der finder sted i almen praksis og på hospitaler
- Understøtte og etablere patientrettet forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud på regionshospitaler, i almen praksis og i kommuner

#### **HOSPITALET'S ANSVAR**

- Den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, som og/eller kræver medvirken:
  - på speciallægeniveau
  - af specialiseret tværfaglighed
  - tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner af patientsikkerhedsmæssige hensyn
- Etablere og sikre drift af patientrettet forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud på hospitalet

#### **Hospitalets information om dets forebyggende og sundhedsfremmende tilbud**

- Hospitalet sikrer, at patienten kan se, hvad der findes af regionale patientuddannelses tilbud
- Tilbuddene formidles også i skriftlig form via foldere

Beskrivelse af de enkelte regionshospitalers patientrettet forebyggelsestilbud findes på:  
*Hospitalsenhedernes hjemmeside/ e-Dok og praksis.dk*

#### **ALMEN PRAKSIS' ANSVAR**

- Sikrer sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelsesindsatsen, både sygdomsspecifikt og tværgående
- Koordinerer indsatsen hos resourcesvage patienter i tæt samarbejde med hospital og kommune

#### **Information til almen praksis om de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud**

- Der findes oplysninger om de kommunale og regionale tilbud om patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme
- De kommunale praksiskonsulenter hjælper med formidlingen af de kommunale tilbud til de praktiserende læger i området  
 Oplysningerne findes på: *www.praksis.dk*

#### **KOMMUNERNES ANSVAR**

- Skaber rammer for en sund levevis for dens borgere ved etablering af sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne

- Sikrer tilbud inden for den patientrettet forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis

Det vil sige:

- Den Borgerrettet forebyggelse
- Tilbud om fortsat og opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tvær-diagnostisk karakter
- Tilbud som mobiliserer patientens ressourcer og øger vedkommendes handlekompetence
- Den tværdiagnostiske patientuddannelse med fokus på KRAM- faktorer og mestring af livet med kronisk sygdom

#### **Kommunens information om dens forebyggende og sundhedsfremmende tilbud**

- Kommunen sikrer information om kommunale sundhedstilbud til patienter med kronisk sygdom på de kommunale hjemmesider og i skriftlig form via foldere, som gøres tilgængelig hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, borgerserviceafdelinger, hjemmesygeplejen og visitationen

Beskrivelse af de enkelte kommuners patientrettet forebyggelsestilbud findes på:  
*Praksis.dk og de enkelte kommuners hjemmeside*

#### **7.4. Regionens rådgivningsforpligtigelse til kommunerne**

Regionen har en forpligtigelse til at rådgive kommunerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Det sker ved:

- Initiativer, som skaber overblik
- Specialiseret rådgivning og undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse
- Generel understøttelse af samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen

Rådgivningstilbudene findes på: [www.rm.dk/sundhed/ folkesundhed/sundhedsfremme+og+forebyggelse](http://www.rm.dk/sundhed/folkesundhed/sundhedsfremme+og+forebyggelse)

#### **7.5. Udvalgte fokusområder for sundheds-fremmende og forebyggende indsatser**

Region Midtjylland og kommunerne er enige om, at følgende indsatsområder er fælles fokusområder:

##### **Risikofaktorer og folkesundhed**

F.eks. rygeafvænningsstilbud.

Findes på: *praksis.dk*

##### **Borgere med kroniske lidelser**

*Vision og strategi for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom i Region Midtjylland* og notat vedr. kommunernes rolle ved en forbedret indsats.

Findes på: [www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom)

*Kronikerprogrammer for patienter med specifikke kroniske lidelser* er under udvikling. Der fokuseres på en kontinuerlig indsats på tværs af hospital, kommune og almen praksis og på opgavefordelingen sektorerne i mellem.

De aktuelle målgrupper er

- Diabetesområdet
- KOL- området

- Hjerteområdet.

#### *Patientuddannelse til borgere med kroniske lidelser*

Målet er, at Region Midtjylland og kommunerne skal kunne tilbyde alle patienter med kroniske lidelser en patientuddannelse. Det drejer sig om sygdomsspecifik patientuddannelse, som primært er en regional opgave og tværdiagnostisk patientuddannelse, som primært er en kommunal opgave.

Oplysninger om patientuddannelser findes på: [www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom/patientuddannelse)

#### **Svangre, børn og unge**

En sundhedsaftale for svangre, børn og unge er under udarbejdelse.

### **7.6. Aftalte sundhedsfremmende og forebyggende indsatser**

#### **Svangre, børn og unge**

- Monitorering af børns sundhed
- Fødeplanudvalg
- Sundhedsplejens telefonvagt  
[Tlf. 70 20 80 18 ]

#### **Social ulighed i sundhed**

Der er aftalt, at mellem hospitaler, almen praksis og kommunerne kan der indgås aftaler om:

- Specifikke indsatser, som retter sig mod socialt udsatte og sårbare grupper
- Udvikling og gennemførelse af socialt differentierede tilbud, som tager højde for menneskers forskellige muligheder for deltagelse i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser

### **7.7. Sikring af faglig viden og evidens ved patientrettet forebyggelse**

Indsatser over for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse skal koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.

I Region Midtjylland skal det ske på følgende måde:

#### **Screening af patienter**

En systematisk afklaring af patientens behov for patientrettet forebyggelse skal udredes af den behandlende lægefaglige ekspertise i almen praksis eller på regionens hospitaler.

#### **Koordination og informationsudveksling**

Regionen og kommunen har forpligtiget sig til, at en indsats over for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse koordineres i overensstemmelse med den faglige viden og evidens.

#### **Fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling**

For at sikre faglig viden og evidens om patientrettet forebyggelse sættes der fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling, bidrag til udvikling og forskning indenfor området og ajourføring med de landsdækkende resultater og anbefalinger, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen

#### **Vidensdeling mellem sektorerne**

Personalets faglige kompetencer skal til stadighed forbedres, for at sikre den ønskede sammenhæng i det samlede sundhedsvæsenes indsats og høj kvalitet i sundhedsydelserne.

Det skal ske både på tværs af sektorer og fagområder ved bl.a. temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner, etablering af faglige netværk, fælles skolebænk om relevante emner mm.

#### **Metodeudvikling**

I regionen er der behov for at udveksle viden om, erfaringer med og resultater af forskellige sundheds-pædagogiske metoder til ændring af livsstil, herunder deltagerstyrede eller deltagercentrerede arbejds-metoder.

Dette kan bl.a. ske gennem fælles fora med undervisning og fortsat metodeudvikling og ved indgåelse af aftaler om fælles metode- og kompetenceudvikling og samdrift af forebyggelsestilbud.

### ***Forskning og udvikling***

En nedsats temagruppe om forskning og udvikling har fremsat forslag til organisering af forsknings-samarbejdet indenfor rammerne af den generelle sundhedsaftale, herunder sundhedsfremme og forebyggelse.

Læs mere om forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsaftalen på: [www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/den+generelle+aftale](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/den+generelle+aftale) side 59-80

