



Region Syddanmark





EBJ-observatoriets årskonference 11. oktober 2007

Sundhedsaftaler – hvad kan de bruges til?

Chefkonsulent Tove Lehrmann, Region Syddanmark



Agenda:

- Sundhedsaftaler
- Kronikerstrategi
- Visioner og mål for indsatsen for kronisk syge
- It-understøttelse af det sammenhængende patientforløb

Sundhedslov og sundhedsaftaler

Udgangspunkt:

- Sammenhæng scorer lavt i undersøgelser af patienttilfredsheden
- Udsigten til flere kronisk syge gør kvalitet i forløb endnu vigtigere
- Gode, men spredte erfaringer med lokale samarbejdsaftaler mellem amter og kommuner

Derfor:

- Styrke samarbejdet om indsatser over for patienter med behov for ydelser i både sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne.
- Understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen
- Sundhedsaftaler skal være et nyttigt instrument for region, kommune og praksissektor

Sundhedsaftaler Indsatsområder

En sundhedsaftale er et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region og kommune

- Udskrivningsforløb for svage ældre patienter.
- Indlæggelsesforløb.
- Genoptræningsområdet.
- Hjælpemiddelområdet.
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse.
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser.

5

Opbygning af sundhedsaftaler

Grundaftale

Generelle
aftalepunkter

+

Fælles
udredninger/
udspil

Sundheds-
koordinations-
udvalg

+

Specifikke aftalepunkter

=

Sundhedsaftale

6

Kronisk sygdom i Region Syddanmark

- Hver tredje voksen har en kronisk sygdom
- 40-60.000 diabetikere, 7.000 indl., 30.000 amb.
- 30-40.000 hjertesygge, 25.000 indl., 35.000 amb.
- 40.000 KOL, 5.000 indl., 20.000 amb.
- Beslaglægger 70-80% af sundhedsvæsenets ressourcer
- Stigende antal pga. alder og livsstil
- Flere behandlingsmuligheder
- Stigende forventninger
- Høj comorbiditet og stærk social gradient

7

Visioner og mål for kronikerindsatsen

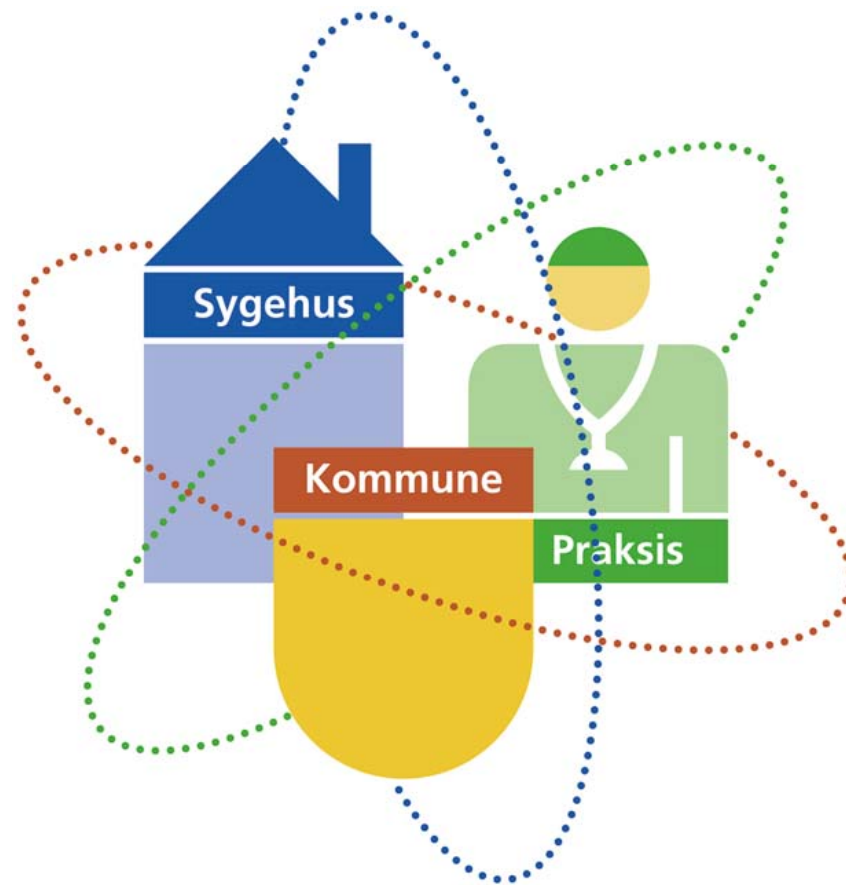
- Bedre livskvalitet for patienterne
- Sammenhæng i patientforløb
- Øget inddragelse i egenbehandling
- Støtte til de sårbare grupper
- Tidlig opsporing og tidlig aktiv indsats
- Varetagelse på laveste effektive niveau
- Fordeling af ressourcenes på alle sektorer

Graduering af indsats (stratificering)

Patienter med -Enkel sygdom -God egenomsorgsevne ->>egen læge	Patienter med -Kompleks sygdom -God egenomsorgsevne ->>egen læge + sygehuskoordinator
Patienter med -Enkel sygdom -Ringe egenomsorgsevne ->>egen læge + kommunal koordinator	Patienter med -Kompleks sygdom -Ringe egenomsorgsevne ->>egen læge + begge koordinatorer, afh. af forløbet

9

IT-strategi for understøttelse af det sammenhængende patientforløb



22-10-2007

Formål med it-understøttelse

- Sikre at relevante data er tilgængelige for den sundhedsfaglige instans, der aktuelt har ansvar for behandlingen
- Sikre at data følger patienten i behandlingsforløbet og at patienten ikke er den eneste "informationsbærer"
- Flytte "point of care" – evt. til patientens eget hjem
- Digitalisering af den offentlige sektor

11

Samarbejde kommuner – sygehuse – almen praksis

- Ældreområdet
- Genoptræning
- Syge- dagpengeområdet
- Forebyggelsesområdet
- Børneområdet
- Indsatsen for sindslidende

Principper

- Generel udbredelse og ibrugtagning af eksisterende kommunikationsstandarder for at binde kommunerne, sygehusene og almen praksis sammen i et digitalt netværk
- Etablering af enkelte fyrtårnsprojekter på telemedicinområdet til understøttelse af patienters behandling i eget hjem

13

Projekter

- Sygehus – hjemmeplejeprojektet
 - Advis om indlæggelser og udskrivninger og indlæggelsesvar
 - Færdigbehandlingsvarsling
 - Indlæggelses- og udskrivningsrapporter
 - Korrespondance
- Elektroniske genoptræningsplaner
- Elektroniske fødselsanmeldelser

- Syge- dagpengeområdet
- Forebyggelsesområdet
- Henvísninger og epikriser
- Indsatsen for sindslidende

- Fælles sundhedsfaglig informationsplatform

- Telemedicinske projekter
 - TeleKOL-projektet
 - Sår – i – syd
 - Web-AK
 - Teledermatologi
 - Videokonferencer (udskrivning, genoptræning)

22-10-2007

Sundhedsaftaler har gjort en forskel

- Politisk ejerskab
- Kommunerne påtager sig nye opgaver
- Bedre dialog mellem parterne
- Fokus på patientforløb
- Fokus på kronikere
- Fokus på it-understøttelse

15

Udfordringer

- Hvem har aben? Tænkes der i helheder?
- LEON-princippet og DRG-afregning
- Svært at monitorere det sammenhængende forløb – forskellige it-systemer
- Svært at etablere shared care-systemer, der samtidig er integreret i egen journal
- Handleplanen som nyt begreb