



FOREBYGGELSE OG SUNDHEDS-
FREMME I SUNDHEDSAFTALERNE
- eksempler til inspiration

2007



Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsaftalerne - eksempler til inspiration

Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsaftalerne
- eksempler til inspiration

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Orientering
Emneord:
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: 21. december 2007
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-623-8

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, december 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af:
Jørgen Falk (projektleder), Barbara Hjalsted, Ulla Skovgaard Danielsen og Annette Poulsen

Forord

Med den nye sundhedslov blev det obligatorisk at indgå sundhedsaftaler mellem region og kommune. Formålet med disse aftaler er at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af de to myndigheder og dermed sikre, at borgerne får den optimale og mest kosteffektive behandling.

Et af sundhedsaftalernes obligatoriske områder er ”forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse”. Der er tale om et udviklingsområde, som har et stort potentiale i forhold til at gøre danskerne sundere og til at begrænse brugen af de dyreste sundhedsydelser.

Førstegenerationsaftalerne blev indsendt til Sundhedsstyrelsens vurdering og godkendelse i foråret 2007, og det er velkendt, at såvel den nye organisering som den stramme tidsfrist ikke gav optimale betingelser for aftalearbejdet. Derfor stillede Sundhedsstyrelsen krav om, at aftalerne revideres og indsendes til fornyet godkendelse senest den 1. oktober 2008.

For at understøtte regionernes og kommunernes arbejde med at revidere førstegenerationsaftalerne inden for forebyggelse og sundhedsfremmeområdet, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet denne publikation: **”Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsaftalerne: eksempler til inspiration.”**

Publikationen indeholder inden for hvert af de seks krav inden for området et eksempel på en beskrivelse, der på et acceptabelt niveau lever op til det, som vejledningen har fastlagt. Det skal understreges, at da alle beskrivelser er konstrueret med udgangspunkt i de indsendte førstegenerationsaftaler, vil eksemplerne ikke afspejle det højest mulige niveau inden for de stillede krav.

Til eksemplerne er anvendt aftalestof fra alle regioner i anonymiseret form. Som følge heraf er der også anvendt lidt forskellig terminologi i de forskellige eksempler. Samtlige 98 eksisterende sundhedsaftaler kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Det er Sundhedsstyrelsens håb, at nærværende publikation kan blive et værdifuldt værktøj for politikere, planlæggere og sundhedsfagligt personale, der har til opgave at medvirke til at revidere de eksisterende førstegenerationsaftaler inden for forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på godkendelse i 2008.

December 2007

Else Smith

Centerchef, overlæge

Indhold

1	Krav til indholdet i sundhedsaftaler om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	5
2	Eksempler på aftalebeskrivelser inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der lever op til de formelle krav i bekendtgørelse og vejledning	6
3	Krav 5.1	7
3.1	Eksempel på aftaletekst vedrørende Krav 5.1:	7
3.1.1	Patienter med kroniske sygdomme:	7
3.1.2	Kommunens indsats overfor risikofaktorer og udvalgte sygdomme	8
3.1.3	Beskrivelse og synlighed af tilbud og aktiviteter	10
3.1.4	Tværasektoriel rådgivning	10
4	Krav 5.2	11
4.1	Eksempel på aftaletekst vedrørende krav 5.2	11
4.1.1	Sikring af den organisatoriske og faglige sammenhæng i tilbuddene	11
4.1.2	Tilgængelighed af information	13
5	Krav 5.3	15
5.1	Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.3:	15
5.1.1	Dialog om tilrettelæggelse og udvikling	15
5.1.2	Dialog om kvalitetssikring	15
6	Krav 5.4	17
6.1	Eksempel på aftaletekst vedrørende krav 5.4	17
6.1.1	Afklaring af patientens behov	17
6.1.2	Koordination og informationsudveksling	17
6.1.3	Forskning og udvikling	18
7	Krav 5.5	20
7.1	Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.5.	20
7.1.1	Kontakt mellem kronisk syge og relevante aktører i region og kommune	20
7.1.2	Tilbuddenes tilgængelighed	21
8	Krav 5.6	22
8.1	Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.6	22
8.1.1	Løbende opfølgning:	22
8.1.2	Årlig opfølgning:	22
8.1.3	Konflikthåndtering	23
9	Bilagsfortegnelse	24

1 Krav til indholdet i sundhedsaftaler om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

I bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, bilag 5, er specificeret de seks krav, som sundhedsaftalerne minimum skal indeholde vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse.

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.
2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.
3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.
4. Hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.
5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.
6. Hvordan parterne følger op på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er kravene yderligere beskrevet. Disse bringes på de følgende sider i sammenhæng med de udarbejdede eksempler på aftaler, der lever op til kravene.

For at give læserne bedre mulighed for at overskue kravene er vejledningens krav i denne publikation sat op i en overskuelig form, der fremhæver kravspecifikationerne. Vi har valgt at nummerere hovedkravene 5.1. til 5.6, idet forebyggelse og sundhedsfremme er det femte område i sundhedsaftalerne.

2 Eksempler på aftalebeskrivelser inden for forebyggelse og sundhedsfremme, der lever op til de formelle krav i bekendtgørelse og vejledning

I det følgende gives for hvert af hovedkravene et eksempel på en aftaletekst, der på et acceptabelt niveau lever op til de stillede krav i Sundhedsstyrelsens vejledning. Beskrivelsen er konstrueret med udgangspunkt i de indsendte 1. generationsaftaler, og alle regioner er repræsenteret med elementer i et eller flere krav. Det er hensigten, at beskrivelserne kan bidrage til at inspirere regioner og kommuner i arbejdet med at revidere 1. generationsaftalerne.

For at understrege, at der er tale om konstruerede eksempler, er den fiktive sundhedsaftale indgået mellem Region Rask og Sundkøbing Kommune.

3 Krav 5.1

Aftalen skal beskrive arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Det skal således beskrives:

1. Hvilke **typer** af patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, der findes **i kommunen samt regionalt**, herunder på sygehuse og i praksissektoren, samt eventuel aftale med tredje part som fx apoteker. Det kan fx beskrives hvilke risikofaktorer, der arbejdes med, og hvilke metoder der anvendes.
2. Hvor **ansvaret** for den daglige drift af de patientrettede indsatser er placeret, herunder hvor **ansvaret for at integrere den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme** i de løbende driftsopgaver i regionen og i kommunen er placeret.
3. Hvordan parterne vil sikre, at der foreligger **beskrivelser** af de forskellige patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser med hensyn til **omfang, målgruppe for indsatsen samt den konkrete placering** af tilbuddet.

3.1 Eksempel på aftaletekst vedrørende Krav 5.1:

3.1.1 Patienter med kroniske sygdomme:

Region Rask – herunder sygehusene og almen praksis – har sammen med kommunerne i regionen udarbejdet en plan og en organisatorisk ramme for patientgrupper med kroniske sygdomme. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og det generiske forløbsprogram er der i særlige tværsektorielle fora (et forum for hver sygdom) udarbejdet regionalt tilpassede forløbsprogrammer for følgende kroniske sygdomme: hjerte-kar, diabetes, KOL. En tilsvarende plan for kræftsygdomme, osteoporose, muskel-skelletlidelser, overfølsomheds-sygdomme, psykiske lidelser og demens er under udarbejdelse. Formålet er at sikre patienterne et sammenhængende patientforløb gennem præcise aftaler om implementering, arbejdsdeling, kvalitetssikring og monitorering.

Der er ansat en regional koordinator for kronisk sygdom, der har til opgave at understøtte implementering, kvalitetssikring og opfølgning.

Der er indgået § 2 aftaler mellem regionen og de praktiserende lægers organisation, i relation til den praktiserende læges rolle som tovholder for den enkelte kronisk syge patient – i første omgang i forhold til borgere med hjertekarsygdomme, diabetes og KOL.

Det er sygehusenes ledelse, der har ansvaret for den daglige drift og for at integrere de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i den daglige drift.

3.1.2 Kommunens indsats overfor risikofaktorer og udvalgte sygdomme

Sundkøbing Kommune har etableret et sundhedscenter i det tidligere sygehus. For at opfylde kommunens opgaver i forhold til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme er her etableret et livsstilsteam, som er et tilbud til borgere med livsstilsrelaterede sygdomme eller risikofaktorer for at udvikle disse. Sundhedscenteret har desuden opgaver indenfor den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

- Målgruppe for den patientrettede kommunale indsats er borgere mellem 16-75 år, der har en KRAM-risikofaktor, iskæmisk hjerte-karsygdom, KOL eller diabetes. (Det er intentionen at udvide målgruppen til alle de nævnte folkesygdomme inden for de næste år i takt med, at forløbsprogrammerne er udarbejdet.)
- Tilbudene består af:
 - Sundhedssamtaler og sundhedsprofil ved diætist, sygeplejerske eller fysioterapeut
 - Diætvejledning
 - Motionsvejledning
 - Patientuddannelse/Livsstilskurser
 - Rygestopindsats; individuelt eller i gruppe

Kommunens praktiserende læger kan henvise til tilbudene på baggrund af en "Forebyggelsesplan", der er udarbejdet i samarbejde mellem region og kommune. Borgerne kan desuden henvende sig uvisiterede på sundhedscenteret. Det er intentionen at videreudvikle tovholderfunktionen til at omfatte samtlige kroniske sygdomme nævnt i afsnit 1 i løbet af 200X.

Sundkøbing Kommune har tilsluttet sig fællesprojektet "Lær at leve med kronisk sygdom". Kommunen har uddannet tre instruktører i Stanford modellen. Sundheds- og Patientskolen starter i foråret 2007. Fremover vil Sundkøbing Kommune og region Rask i fællesskab have det overordnede ansvar for drift og videreudvikling af Sundheds- & Patientskolen. Kommissoriet for den nuværende styregruppe revideres med henblik på at kunne håndtere den nye konstruktion.

Der ansættes en kommunal projektkoordinator, der skal varetage den daglige drift inkl. rekruttering, samarbejde med og koordinering af de patientinstruktører, der afholder 'Lær at leve med kronisk sygdom' kurset.

Det er sundhedschefen i samarbejde med chefen for kommunens sundhedscenter, der har ansvaret for at integrere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunens daglige drift. Ansvaret for den daglige drift ligger hos chefen for sundhedscenteret.

Konkrete aktiviteter, der rækker udover kronisk syge borgere:

Det er blandt parterne aftalt, at et forebyggelsestilbud, der er en del af forberedelse til operation/behandling, er en regional opgave, og dette skal derfor tilbydes af det konkrete sygehus, som patienten skal behandles på. Efter endt sygehusophold er

forebyggelsestilbud en kommunal opgave, hvor patienten ved udskrivning henvises til kommunale forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Endvidere er følgende tiltag iværksat:

- A) **Motion på recept** (i samarbejde med regionen/praktiserende læger)
- B) **Forebyggelse på arbejdspladsen**
- C) **Socialt udsatte og sårbare grupper** (i samarbejde med regionen)
- D) **Børn og unge-området**

Ad A): Motion på recept er som udgangspunkt en kommunal opgave, dog er der særlige tilfælde, hvor regionen kan tilrettelægge og finansiere et tilbud til særligt svage patienter. Stratificeringen af disse patienter indgår i de tværsektorielle fora for kroniske sygdomme. Region Rask tilrettelægger efter aftale med kommunerne konkrete kompetenceudviklingstiltag for de medarbejdere i kommunerne, der skal tage sig af Motion på recept for specifikke kronikergrupper. Dette vil ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet.

Ad B): Forebyggelse på arbejdspladser er kategoriseret som borgerrettet forebyggelse og er dermed et kommunalt ansvarsområde. Såfremt kommunen tilbyder forebyggelsesinitiativer til virksomheder i kommunen, er regionen interesseret i at disse også gives til de regionale virksomheder eksempelvis Rask Sygehus - eventuelt medfinansieret af regionen.

Ad C): Der samarbejdes om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for forskellige menneskers muligheder for deltagelse heri. Indsatsområdet indeholder i første omgang differentierede tilbud rettet mod gravide kvinder. På sigt er det planen at iværksætte indsatser til begrænsning af sygefravær blandt lavt uddannede. Der er indgået aftale mellem Universitets-hospitalet og Sundkøbing Kommune. Formålet med samarbejdet er at iværksætte en tidlig og koordineret indsats i forhold til sårbare og svage børnefamilier. Familiecentret på Universitetshospitalet tager sig specielt af sårbare gravide - for eksempel gravide, som har psykiske eller sociale problemer.

Ad D): Regionen og Sundkøbing har besluttet at gøre børne- og ungeområdet til et fælles udviklingsområde. På kort sigt prioriteres indsatsen i forhold til forebyggelse og behandling af børn og unge med overvægt, idet Sundkøbing kommune har fået midler fra Sundhedsstyrelsens pulje. Regionshospitalet har indvilliget i at deltage i projektet. På længere sigt er parterne enige om, at det vil være hensigtsmæssigt at udbygge samarbejde på børne- og ungeområdet generelt. Dette kunne fx udmønte sig i fremskudte funktioner i form af jordmoderklinikker/ammeklinik i tilknytning til de kommunale sundhedsplejersker, fælles skolebænk i forhold til forebyggelse af astma og allergi, ulykker, vådliggere, for tidligt fødte børn mv., monitorering af sundhed på børne- og ungeområdet (fx ulykkestatistik) eller andre fælles tiltag.

Telefonlinien ”Sundhedsplejelinien” og internetrådgivningen www.raskogsund.nu overtages af Sundkøbing Kommune fra den 1. april 200X. Sundkøbing Kommune ønsker at give andre kommuner mulighed for at benytte tilbuddene mod betaling.

3.1.3 Beskrivelse og synlighed af tilbud og aktiviteter

Kommunerne henholdsvis regionen har ansvaret for, at de forskellige typer af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, der findes de respektive steder, beskrives med hensyn til omfang, målgruppe og placering og synliggøres for henholdsvis sundhedsprofessionelle og borgere.

Derfor er der etableret en IT – baseret tilbudsportal, som drives af regionen. En platform der netop kan synliggøre og rumme de regionale og kommunale patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud samt indhold og placering af disse. Tilbudsportalens overordnede mål er at sikre:

1. Den enkelte borger/patient kan omsætte motivation for livsstilsændring til handling
2. Forebyggelsestilbuddene er lettilgængelige for både borgere/patienter og professionelle.
3. Tilbuddene er kvalificerede og professionelle.

Udover en IT-baseret tilbudsportal er der udarbejdet en folder, der beskriver tilbudsportalens hovedindhold, således at borgere og patienter, der ikke har IT- adgang kan få oplysninger om, hvor man kan henvende sig, vedrørende et konkret forebyggelsestiltag.

I første omgang omfatter tilbudsportalen information i relation til risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Tilbudsportalen vil efterfølgende blive udviklet i forhold til andre risikofaktorer som eksempelvis arbejdsmiljø samt i forhold til kroniske sygdomme og genoptræningsområdet.

3.1.4 Tværsektoriel rådgivning

Det er aftalt, at Region Rask tilbyder tværsektoriel rådgivning i relation til kommunen/almen praksis/sygehusene vederlagsfrit. Er der tale om specifikke uddannelsestilbud vil det medføre en afregning.

Se eksempel på mulig organisering af indsatsen indenfor forebyggelse og sundhedsfremme i bilag 1.

4 Krav 5.2

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Det skal således beskrives:

1. Hvordan parterne vil sikre **sammenhæng ved overgange** fra ét tilbud til et andet tilbud.
2. Hvordan der sikres **sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold** i de kommunale og de regionale tilbud.
3. Hvordan parterne vil sikre **koordinering af kapacitet** i de kommunale og regionale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Herunder fx sikre dialog og udveksling af information om forventet behov og om planlagt kapacitet i de enkelte tilbud.
4. Hvordan parterne sikrer, at **relevant information** om de forskellige tilbud er **tilgængelige for professionelle, borgere og patienter**.

4.1 Eksempel på aftaletekst vedrørende krav 5.2

4.1.1 Sikring af den organisatoriske og faglige sammenhæng i tilbudene

For at sikre sammenhængende forebyggelses og sundhedsfremmende tilbud til borgerne er der nedsat et tværsektorielt organ. Regionen, sygehusene (såvel somatiske som psykiatriske), almen praksis og kommunerne har udpeget kontaktpersoner, som har kompetence indenfor forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, og som kan være med til at koordinere indsatsen via deltagelse i det tværsektorielle organ for forebyggelse og sundhedsfremme.

Det tværsektorielle organs opgave er at koordinere indsatsen på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet på tværs af sektorerne, således at det udviklingsarbejde, der foregår på forebyggelsesområdet målrettet kan implementeres i forhold til patientrettede forebyggelse i region og kommune. Tværsektoriel kompetenceudvikling er sammen med udvikling af faglige standarder en måde at sikre sammenhæng i forhold til overgange, indhold af tilbud og koordinering af kapacitet. Der kan tages udgangspunkt i risikofaktorer, kroniske sygdomme eller i særlige målgrupper som fx børn, unge og ældre. Regionen har sekretariatsfunktionen for dette forum.

Det tværsektorielle organs opgave er konkret:

1. At have overblik over forebyggelseskapaciteten og –behovet regionalt og kommunalt med henblik på at kunne koordinere indsatsen.
2. At tage initiativ til at der udarbejdes fælles faglige standarder på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, med udgangspunkt i risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet – målrettet den patientrettede forebyggelse.
3. At overvåge udviklingen af forløbsprogrammer, som indeholder en beskrivelse af de fælles mål og en beskrivelse af den samlede organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for grupper af borgere/patienter med rimeligt ensartede behov. Ansvars- og opgavefordelingen mellem parterne synliggøres, og i programmerne identificeres indikatorer til brug for evaluering.
4. At få udviklet og implementeret en fælles IT-baseret tilbudportal, hvor borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud synliggøres.
5. At sikre at indsatsen kvalitetssikres, metodeudvikles og evalueres.
6. At drøfte behovet for kompetenceudvikling og efteruddannelse, således at Region Rask udbyder tilbud, der matcher kommunernes, sygehusenes og almen praksis's behov.
7. At afdække evt. behov for tværkommunale/tværsektorielle indsatser/kampagner og tage initiativ til gennemførelse af sådanne.

Det tværsektorielle organ for forebyggelse og sundhedsfremme mødes mindst 4 gange årligt.

Regionen er ansvarlig for:

- At være tovholder for det tværsektorielle organ for forebyggelse.
- At afholde et antal årlige tværsektorielle temadage vederlagsfrit for relevant personale i kommunen, almen praksis og på sygehusene.
- At være tovholder på et antal årlige netværksmøder for relevant personale i kommunen, almen praksis og på sygehusene.
- At udpege kontaktpersoner på sygehusene og i almen praksis.
- At være ajour med sygehusenes, almen praksis og kommunernes kontaktpersoner
- At implementere fælles faglige standarder i relation til forebyggelsesindsatsen.

Kommunen er ansvarlig for:

- At udpege en repræsentant til det tværsektorielle organ for forebyggelse og sundhedsfremme
- At relevant personale deltager i de årlige temadage/netværksmøder.
- At udpege kommunale kontaktpersoner vedrørende kost, fysisk aktivitet, tobak og alkohol.
- At implementere fælles faglige standarder i relation til forebyggelsesindsatsen.

4.1.2 Tilgængelighed af information

For at skabe synlighed over hvilke typer af forebyggelses-aktiviteter, der findes i kommunerne, på sygehusene, somatiske og psykiatriske, samt i praksis sektoren etableres en IT-baseret tilbudsportal, som drives af regionen. En platform, der netop kan synliggøre og rumme de regionale og kommunale patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud samt indhold og placering af disse.

Tilbudsportalen har som overordnet mål at sikre:

- 1. Den enkelte borger/patient kan omsætte motivation for livsstilsændring til handling
- 2. Forebyggelsestilbuddene er lettilgængelige for både borgere/patienter og professionelle.
- 3. Tilbuddene er kvalificerede og professionelle.

Udover en IT- baseret tilbudsportal skal der udarbejdes en folder, der beskriver tilbudsportalen, således at borgere og patienter, der ikke har IT- adgang, kan få oplysninger om, hvor man kan henvende sig, vedrørende et konkret forebyggelsestiltag. I relation til implementering af den IT-baserede tilbudsportal har parterne aftalt:

Regionen er ansvarlig for:

- Etablering og drift af IT-baseret tilbudsportal, der synliggør regionale og kommunale forebyggelsestiltag. Kommunens deltagelse i tilbudsportalen er vederlagsfri.
- Udvikling og betjening af henvendelser i.f.m. folder om tilbudsportal vederlagsfrit.
- Mod betaling at lave fælles foldere, der synliggør forebyggelsestilbudene i kommunerne og på sygehusene.
- At synliggøre regionale forebyggelsestiltag på sygehusene (somatiske og psykiatriske) og i almen praksis.
- Vederlagsfri undervisning i relation til brug af tilbudsportal.
- At tilbud, der synliggøres via tilbudsportalen, lever op til aftalte faglige standarder.
- At tilbudsportalen implementeres i sygehusregi og formidles til relevante sygesikringsydere.

Kommunen er ansvarlige for:

- At stille oplysninger til rådighed i relation til tilbudsportalen, med henblik på at sundhedsvæsenets medarbejdere kan vejlede patienterne/borgerne bedst muligt om relevante forebyggelsestiltag i kommunen.
- At medarbejdere fra kommunen kan deltage i undervisning i brug af tilbudsportalen.
- At tilbud, der synliggøres via tilbudsportalen, lever op til aftalte faglige standarder.
- At implementere tilbudsportalen i relevant frontpersonales arbejde.

I første omgang udvikles tilbudsportalen i relation til risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Tilbudsportalen skal efterfølgende udvikles i forhold til andre risikofaktorer som eksempelvis arbejdsmiljø samt i forhold til kroniske sygdomme og genoptræningsområdet.

5 Krav 5.3

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Det skal således beskrives:

1. Hvordan parterne sikrer en **løbende dialog** om **tilrettelæggelse af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats** samt om **tilrettelæggelse af udviklingsarbejdet**, herunder hvor **ansvaret** for at **afdække og beskrive udviklingsbehov er placeret**.
2. Hvordan parterne sikrer en **løbende dialog om kvalitetssikring** af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Parterne kan i den sammenhæng fx beskrive de bidrag til tværgående opgaver, regionen forestår i samarbejde med kommunen, herunder rådgivning og kvalitetsarbejde.

5.1 Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.3:

5.1.1 Dialog om tilrettelæggelse og udvikling

Sundkøbing Kommune deltager i regionens tværsektorielle udviklingsforum for forebyggelse og har sammen med kommune A, B, C og D udpeget en repræsentant til at indgå i det regionale faglige netværk vedr. kvalitetsudviklingen af den patientrettede forebyggelse.

Netværket har ansvaret for at indsamle erfaringer og beskrive udviklingsbehov i kommunerne. Netværket laver faglige oplæg til drøftelse i det tværsektorielle udviklingsforum, der mødes fire gange årligt. I første omgang er man enedes om at

- udarbejde faglige standarder og indikatorer for risikofaktorerne kost, rygning, fysisk inaktivitet og alkohol med udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel, Netværk af forebyggende sygehuses kvalitetsstandarder og Sund By Netværkets udviklingsarbejde. Regionen er tovholder på dette kvalitetsudviklingsprojekt.

På baggrund af regionens og kommunernes sundhedsprofiler, har man valgt at etablere et samarbejde omkring tilrettelæggelse af nogle tværgående indsatser. Sundkøbing har valgt at deltage i de af regionen nedsatte risikofaktor- og målgruppespecifikke faglige netværk relateret til rygning, fysisk inaktivitet og alkohol, børn og unge samt ældre med kronisk sygdom. I disse netværk, der mødes hvert kvartal, drøftes tilrettelæggelsen af specifikke forebyggelsesindsatser på tværs af regionen og forvaltninger. Regionens sygehuse, både somatiske og psykiatriske, er obligatoriske medlemmer af disse netværk, som drives vederslagsfrit af regionen.

5.1.2 Dialog om kvalitetssikring

Regionen og kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer og evidensbaserede retningslinier er grundstenen i kvalitetssikringen af de forebyggende og sundheds-

fremmende indsatser. Sundkøbing kommune indgår sammen med regionen i arbejdet med at udvikle tværsektorielle forløbsprogrammer for i første omgang tre prioriterede kroniske sygdomme: Iskæmisk hjertesygdom, KOL og diabetes.

Til at understøtte implementering, kvalitetssikring og evaluering af forløbsprogrammer og forebyggelsen generelt, og til formidling af patientinformation ved overgange mellem sektorerne, forpligter alle aktører sig til at anvende fælles IT og indrapportere data elektronisk til den databasemodel, som er under opbygning af regionen.

Sundkøbing Kommune vil pr. 1. januar 2009 tilbyde generel patientuddannelse (Lær at leve med kronisk sygdom) og indgår med en kontaktperson i regionens netværk for masterinstruktører med henblik på erfaringsudveksling.

Med henblik på kompetenceudvikling af kommunale og regionale nøglemedarbejdere forpligter Sundkøbing sig til at indgå i drøftelser med regionen om et fælles uddannelsesprogram (fælles skolebænk) på forebyggelsesområdet. Det forventes at der vil være efterspørgsel på uddannelsesstilbud på bl.a. følgende områder:

- Tilbud til kronisk syge
- Tilbud til svage ældre
- Tilbud til truede småbørn
- Tilbud til børn og unge
- Tilbud til udsatte voksne
- Hygiejneområdet
- Smertebehandling og palliativ indsats

Regionen forpligter sig ud over ovenstående til at afholde årlige forebyggelseskonsultationer med kommunerne, dels at yde ad hoc sparring og rådgivning vedr. forebyggelsesindsatsen i Sundkøbing Kommune.

6 Krav 5.4

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter, med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.

Det skal således beskrives:

1. Hvordan parterne sikrer **en systematisk afklaring af patienternes behov**. Herunder fx hvor ansvaret for gennemførelse af vurderingen er placeret, samt på hvilket fagligt grundlag vurderingen skal foretages.
2. Hvordan parterne sikrer, at de patientrettede indsatser bliver **koordineret** i overensstemmelse med de **fastlagte behov og den faglige evidens og viden**.
3. Hvordan parterne sikrer **koordination af indsatsen for den enkelte patient med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse**, herunder hvordan det sikres, at **relevant information** udveksles rettidigt mellem de relevante professionelle aktører, så forløbet bliver sammenhængende.

6.1 Eksempel på aftaletekst vedrørende krav 5.4

6.1.1 Afklaring af patientens behov

Den systematiske afklaring af patientens behov for patientrettet forebyggelse skal udredes af den behandlende lægefaglige ekspertise i almen praksis eller på regionens hospitaler på grundlag af forløbsprogrammerne. Endvidere vil der i forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel på sygehusene, blive indført en standardiseret screening af patienter i relation til deres behov og motivation for forebyggelsestilbud. Dette vil desuden blive understøttet og fulgt op af de sundhedskontrakter, der er under udarbejdelse mellem regionen og de regionale sygehuse.

Regionen forpligter sig til aktivt i mødet med borgeren og patienten at forholde sig til dennes behov for patientrettede forebyggelsestilbud. Kommunerne forpligter sig i mødet med borgerne til at understøtte regionens afdækning af behovet for patientrettet forebyggelse og til at stille kommunens eksisterende tilbud til rådighed. Både regionens og kommunernes personale skal være i stand til at give borgerne/patienterne en specifik information om, hvor de kan henvende sig om råd og vejledning.

6.1.2 Koordination og informationsudveksling

Regionen og kommunen forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige evidens. Viden herom sikres gennem anvendelse af de udarbejdede forløbsbeskrivelser og evidensbaserede retningslinier (som beskrevet under krav 5.2 samt kvalitetssikringen af disse som beskrevet under krav 5.3.)

Der er i samarbejde mellem region og kommunerne opbygget en ramme omkring den patientrettede og borgerrettede forebyggelse gennem dannelse af tværsektorielle netværk og afholdelse af fælles tværsektorielle temadage. Disse skal fungere som platform for en fælles 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 sygehusene, således at der sker en systematisk specialiseret rådgivning fra sygehusene til samtlige kommuner. Formålet er, at parterne har en fælles forståelse om implementeringen af de fælles faglige standarder for forebyggelsestilbudene i relation til risikofaktorer og kroniske patientgrupper, særlige målgrupper og effektive metoder på forebyggelses og sundhedsfremmeområdet.

Både kommuner, almen praksis og region forpligter sig til at implementere de faglige standarder, man i fællesskab er blevet enige om. Kun indsatsen, der lever op til disse standarder kan indgå i den fælles IT-baserede tilbudsportal.

Regionen og kommunerne forpligter sig til at skabe viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse

6.1.3 Forskning og udvikling

I forbindelse med arbejdet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne er det vigtigt, at der skabes et samarbejde mellem praksis og den forskning, der foregår på området.

Regionen vil tage initiativ til, at regionens folkesundhedsafdeling etablerer et samarbejde med forskningsmiljøer på regionens sygehuse og Sundheds CVU. Konkret har regionen taget initiativ til at samarbejde med Afdelingen for klinisk epidemiologi om at udarbejde rapporter for forekomst af kronisk sygdom i kommunerne i regionen. Rapporterne bygger på data fra de patientadministrative systemer samt på data fra receptdatabasen. Det er målet, at dette samarbejde bl.a. kan indebære formidling og opdatering af viden indenfor forekomst af udvalgte kroniske sygdomme, med henblik på at tilvejebringe et grundlag for forebyggelsesindsatsen regionalt og kommunalt.

Endvidere er der mellem kommunen og regionen truffet aftale om, at Regionen udarbejder baseline-opgørelser over forbrug og patientkontakter i relation til regionens hospitaler og almen praksis. Desuden tilbyder regionen at udarbejde periodiske oversigter over forbrug og patientkontakter i hospitalsregi og i almen praksis.

Regionen er ansvarlig for:

- At holde sig ajour med den nyeste viden.
- At videreformidle den nyeste viden gennem tværsektorielle temadage og tværsektorielle netværk
- At implementere de faglige standarder og metoder man i fællesskab bliver enige om på sygehusene (somatiske og psykiatriske), samt samarbejde med almen praksis om at implementere disse faglige standarder og metoder.
- At udvikle og tilbyde uddannelses tilbud, der bygger på dokumenterede metoder – eksempelvis:
 - a) Rygestop instruktøruddannelse/efteruddannelse mod betaling af kostpris.
 - b) Grunduddannelse i forebyggelse og sundhedsfremme/sundhedspædagogik/
 - c) kvalitetssikring, projektarbejde mv. mod betaling af kostpris.
 - d) Uddannelse af sundhedskonsulenter i personlige sundhedsprofiler - mod betaling af kostpris.
 - e) Uddannelse af terapeuter til varetagelse af Motion på recept - mod betaling af kostpris.
 - f) Uddannelses tilbudene udvikles og tilbydes i samarbejde med relevante uddannelsesinstitutioner, hvor dette er naturligt.
- At udarbejde opgørelser over forbrug og patientkontakter.

Kommunen er ansvarlig for:

- At holde sig ajour med den nyeste viden gennem deltagelse i tværsektorielle temadage og tværsektorielle netværk.
- At implementere de faglige standarder og metoder man i fællesskab bliver enige om i kommunens tilbud.
- At udpege medarbejdere til at deltage i tværsektorielle temadage og tværsektorielle netværk
- At benytte de regionale uddannelses tilbud i relation til at få uddannet kommunens medarbejdere til forebyggelsesindsatsen.

7 Krav 5.5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Det skal således beskrives:

1. Hvordan parterne sikrer, at **kronisk syge** får **kontakt med de relevante aktører** og tilbydes patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Det kan fx ske ud fra en beslutning om hvilke grupper af kroniske patienter, der skal have bestemte tilbud på et givet sygdomsstadium. Herunder kan det beskrives, hvordan parterne sikrer, at patienten informeres om relevante tilbud undervejs i patientforløbet.
2. Hvordan parterne sikrer, at **relevante aktører er let tilgængelige for dialog** og spørgsmål fra kronisk syge patienter gennem hele forløbet.

7.1 Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.5.

7.1.1 Kontakt mellem kronisk syge og relevante aktører i region og kommune

Ved identifikation af en kronisk syg påhviler det den behandlende enhed (praktiserende læge eller regionens hospitaler), der konstaterer den kroniske tilstand, at af-dække behovet for tilbud om patientrettet forebyggelse, samt at der sker en videreformidling af tilbud til patienten. Dette sker med udgangspunkt i forløbsprogrammerne, hvor disse er udarbejdet.

Det er den alment praktiserende læge, der har tovholderfunktionen i relation til den kronisk syge patient.. Det væsentlige i tovholderfunktionen er at sikre fokus på en systematisk, koordinerende og proaktiv måde og at stå til rådighed for dialog med og spørgsmål fra patienten.

Tovholderens opgave er:

1. At koordinere den sundhedsfaglige indsats
2. At vurdere patientens helbred løbende
3. At følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
4. At være til rådighed for dialog og spørgsmål fra patienten

Forudsætningerne for at kunne varetage funktionen er:

1. Et individuelt kendskab til patienten / adgang til relevante oplysninger
2. Tilgængelighed for patienten
3. Indgående kendskab til sundhedsvæsenet og andre relevante aktører
4. Kompetence til at indhente råd, henvise og koordinere

Sundkøbing Kommune har ansat en særlig sundhedskoordinator for kronisk syge, der har til opgave at informere de kronisk syge borgere om tilbuddene og stå til rådighed for dialog.

Det er kommunens målsætning at styrke de kronisk syge patienters egenomsorg og muligheden for at mestre det at leve med en kronisk lidelse. Der er fokus på sygefravær og arbejdsfastholdelse.

7.1.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Regionen og kommunerne forpligter sig til at skabe viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre, at kronisk syge patienter får de relevante tilbud på rette tidspunkt jf. krav 5.4.

For at praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle kan vejlede kronisk syge patienter, er det vigtigt at få synliggjort de forebyggelsesinitiativer, der findes i kommunen og på regionens sygehuse (somatiske og psykiatriske). Til det formål har regionen udviklet en IT-baseret tilbudsportal, der som overordnet mål skal sikre at:

1. Den enkelte borger/patient kan omsætte motivation for livsstilsændring til handling.
2. Forebyggelsestilbuddene er lettilgængelige for både borgere/patienter og professionelle.
3. Tilbuddene er kvalificerede og professionelle.

I et samarbejde mellem region og kommune udarbejdes en samlet oversigt over tilbuddene til kronisk syge, som synliggøres på tilbudsportalen (evt. også www.sundhed.dk).

Herudover udarbejdes en folder, der beskriver tilbudsportalens tilbud, således at borgere og patienter, der ikke har IT-adgang, kan få oplysninger om, hvor man kan henvende sig, vedrørende et konkret forebyggelsestiltag.

8 Krav 5.6

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Det skal således beskrives:

1. Hvordan parterne sikrer, at **opfølgningen er organiseret og planlagt**, herunder **indholdet** af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og **tidsplan** for opfølgningen.

8.1 Eksempel på aftaletekste vedrørende krav 5.6

8.1.1 Løbende opfølgning:

Det fælles organ "Det tværsektorielle forum vedr. patientrettet forebyggelse" nedsat af kommunerne og regionen i fællesskab har blandt andet til opgave løbende at følge parternes indsats på de aftalte punkter, herunder den faktiske arbejdsdeling vedrørende patientrettet forebyggelse. Opfølgning er et fast punkt på Udviklingsforums fire årlige møder. Formålet er at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorgrænser.

8.1.2 Årlig opfølgning:

Endvidere vil der til hvert af årets sidste møde i Udviklingsforum sammenfattes en status, der tilsendes samordningsudvalget som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale.

Status udarbejdes på grundlag af en række indikatorer, blandt andre patienttilfredshed og genindlæggelsesfrekvensen hos kroniske patienter – samt på grundlag af informationer indhentet hos nøglepersoner i region og kommune.

Følgende skal indgå i statusopgørelsen:

- vurdering af om de indgåede aftaler er overholdt
- vurdering af kvalitetsniveauet i de tilbudte forebyggende og sundhedsfremmende ydelser
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer i det samlede sundhedstilbud

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og den enkelte kommune for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling, herunder eventuel formulering af nye udviklingsprojekter. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2008.

8.1.3 Konfliktløsning

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale hjemmehjælpere.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i de respektive følgegrupper. Anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe, eller i sidste instans Sundhedskoordinationsudvalget. Afgørelser truffet i Sundhedskoordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

9 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Eksempel på organisering af mulige indsatsområder indenfor forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse

Bilag 1:

Eksempel på organisering af mulige indsatsområder indenfor forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse

Kommunernes og regionens mulige indsatsområder		
Borgerrettet fortrinsvis kommune	Sammenfald borgere og patienter kommune	Patientrettet kommune/region
Børn, unge og familier	<p>Styrkelse af handlekompetence</p> <p>Kostvejledning Slankekurser mv.</p> <p>Rygestopaktiviteter</p> <p>Alkoholindsatser</p> <p>Vejledning og behandling ved misbrug</p> <p>Motionsaktiviteter</p> <p>Stresshåndtering</p> <p>Indsatser der modvirker psykiske følger virkninger depression og sygefravær</p> <p>Indsats i forbindelse med ulykker</p> <p>Vejledning og indsatser vedr. seksuel sundhed</p> <p>Indsatser for sikkert og sundt miljø</p>	Børn, unge og familier
Gravide, barselspleje		Rehabilitering Genoptræning Patientuddannelse:
Sundhedspleje		• Patientskoler for specifikke sygdomme
Sundheds – og trivselspolitikker i dagpleje, daginstitutioner, skoler mv. fx kost- og motionspolitikker		• Generel uddannelse fx "Lær at leve med kronisk sygdom"
Børneulykker, Fyrværkerikampagner		• Indsatser for pårørende til syge
Elever på skoler og ungdomsuddannelser - styrkelse af handlekompetence, seksuel trivsel/sundhed		Kostvejledning, slankekurser og motionsaktiviteter for fx overvægtige unge diabetikere
Kost, forebyggelse af overvægt		
Rygning fx i hjemmet og i fritidsmiljøer, passiv rygning		
Alkohol indsatser fx børn i familier med alkoholproblemer, uge 40		
Motion/bevægelse/fysisk aktivitet		
Netværksaktiviteter for familier med børn, to-kulturelle kvinder m.fl.		
Trafikmiljø/sikkerhed		
Voksne		
Kost, forebyggelse af overvægt Slankekurser		Voksne
Rygning fx i hjemmet og i fritidsmiljøer, passiv rygning		Rehabilitering Genoptræning Patientuddannelse:
Alkohol indsatser fx børn i familier med alkoholproblemer, uge 40		• Patientskoler for specifikke sygdomme
Motion/bevægelse/fysisk aktivitet		• Generel uddannelse fx "Lær at leve med kronisk sygdom"
Trafik		• Indsatser for pårørende til syge
Indsatser på arbejdspladser, fx politikker og tilbud vedr. sundhed og trivsel		Kostvejledning og slankekurser for fx overvægtige patienter
Særligt udsatte grupper Voksne udenfor arbejdsmarkedet m.fl.		Rygestop for fx KOL patienter
Ulykker		Alkohol- og misbrugsbehandling for patienter med alkoholfølger og HIV
Seksuel sundhed, prævention, HIV		Motionsaktiviteter for fx hjertepatienter og diabetikere
Livsstilelscafeer mv. Vejledning om sundhed, handlekompetence og selvværd		
Netværksaktiviteter		
Ældre	Ældre	
Netværksaktiviteter	Rehabilitering Genoptræning Patientuddannelse:	
Forebyggende hjemmebesøg	• Patientskoler for specifikke sygdomme	
Ulykker - fald, trafik	• Generel uddannelse fx "Lær at leve med kronisk sygdom"	
Vejledning om sundhed, handlekompetence og selvværd	• Indsatser for pårørende til syge	
Boligområder	K.R.A.M. som fx ved voksne	
Mulige arenaer for indsatserne		
Sundhedscentre, sygehuse, almen praksis, jordemoderkonsultationer, institutioner, skoler, ungdomsuddannelser, arbejdspladser, klubber, sportshaller, svømmehaller, boligområder, fritidsmiljøer, naturen, festmiljøer, mødreklubber, netværkscafeer, behandlingssteder, genoptræningscentre, ældrecentre, ældreboliger mv.		

