



Region Sjælland-politiker vinklen

Danske Ældreråd - konference 3. maj
2016



Sundhedsaftalen 2015-2018



Visionen

Fælles om bedre sundhed

Tre overordnede mål:

- Flere gode og sunde leveår til borgerne i Region Sjælland
- Borgerne oplever sammenhæng og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet
- Mere sundhed for de samme penge



Sundhedsaftalen 2015-2018



Mål

- Mere sundhed til flere
- Borgeren som partner
- En borger – én plan
- Et mere integreret og borgernært sundhedsvæsen



Sundhedsaftalen 2015-2018 En ny tilgang i samarbejdet



- Aftalen hviler på værdier i højere grad end firkantede aftaler og kontrol
- Stiller krav til, at fagligheder sættes i spil
- Ledelsesmæssigt fokus og opbakning forudsætning for succes



Pointer fra Sundhedsaftalen



En borger - én plan = Borgerens plan

- En rehabiliterende tilgang - plan baseres på borgerens hele livssituation – krav: en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats med det formål, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv
- En fælles plan på tværs af specialer, sektorer og myndighedsområder – Udvikling af fælles værktøj



Pointer fra Sundhedsaftalen



En borger - én plan = Borgerens plan

- Ansvar for koordination af forløb i samarbejde med patient og evt. pårørende er placeret hos den, der aktuelt har tættest kontakt med borgeren
- Placering af ansvar aftales konkret: Du har ansvaret, til en anden har taget over! – ikke nok at have løst sin egen del af opgaven



Pointer fra Sundhedsaftalen



Vi - frem for dem og os

- Fælles kompetenceudviklingstiltag ,fælles kvalitetsudviklingstiltag og forskningsinitiativer bidrager til fælles viden og større kendskab til "de andre" - større forståelse for øvrige aktørers muligheder og tilgang



Pointer fra Sundhedsaftalen



Psykiatri og somatik ligestillet i aftalen

- Alle indsatser i aftalen dækker såvel somatik som psykiatri
- Bedre forudsætning for at sikre sammenhæng i borgerens forløb – ofte flere samtidige forløb for den samme patient
- Borgeren har et liv – en samlet livssituation – "systemerne" skal arbejde sammen og koordinere med udgangspunkt i borgerens behov



Pointer fra Sundhedsaftalen



Praktiserende læger og sundhedsaftalen

- Praktiserende læge en vigtig samarbejdspart i mange forløb – forpligtet via praksisplan

- Praktiserende læge afhængig af tidstro kommunikation for at tage over i forløb – Epikriser og FMK centrale værktøjer

- Praktiserende læge tager over efter indlæggelse, når epikrise er modtaget. Indtil da er udskrivende afdeling ansvarlig for aktuelle forløb



Pointer fra Sundhedsaftalen



Differentiering af tilbud

- Tilbud tilpasses borgerens samlede livssituation - stiller krav til nytænkning og koordination

- Pakkeløsninger er nogle gange for meget, nogle for lidt og nogle gange tilpas – konkret vurdering i samarbejde med patienten hver gang (tiden, der spares hos dem, der får meget, kan bruges hos dem, der har brug for mere)



Pointer fra Sundhedsaftalen



Fleksibilitet i stedet for tidsfrister og varslinger

- Samarbejde på tværs af sektorer fra start i forløbet
- Tilgængelighed 24-7 stiller krav til ALLE parter i forløb



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Implementeringsgrad

SKU følger op på hvordan det går med implementering x 2 årligt

Implementering – den største og vigtigste opgave

Midtvejsevaluering ultimo 2016



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Implementeringsgrad

Spørgeskemaundersøgelse forår 2015 ~
fungere som baseline til ny undersøgelse 2017

Deltagelse af alle kommuner + alle sygehuse +
praksis læger

Fokus på kendskab & samarbejdsrelation



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Udbredt tillid til opgavevaretagelse i anden sektor
De fleste kender til sundhedsaftalen
Tværsektoriel kompetenceudvikling op leves meget
positivt
Den elektroniske kommunikation fungerer bedst i
egen organisation – afsendelse går bedre end
modtagelse
Vurderer at patienter i høj grad inddrages, mindre
m.h.t. pårørende

Midtvejsevaluering ultimo 2016



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Monitorering på nationale indikatorer:

- målinger for nuværende = 2014 tal ~ bruges som baseline **MEN**
- eks. genindlæggelse og forebyggelige genindlæggelser
- metode i Region Sjælland er at lave journalaudit over et ½ års patienter, 20 indlæggelsesforløb fra hver af de 17 kommuner
- først lavet overvågningen på ældre medicinske patienter
- dernæst på ældre patienter med kirurgiske sygdomme



Opfølgning på Sundhedsaftalen



DÆMP viste i 289 patientforløb:

- Meget få genindlæggelser kunne undgås
- Genindlagte er svært syge
- Der kommunikerer - men potentiale til løft
- Funktionsevne vurdering intensiveres
- Fast struktur for audit
- Vi har ikke patient oplevelsen i dette !!



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Færdigbehandlede patienter:

ikke en problematik i Region Sjælland

Ventetid på genoptræning:

arbejdes på mere retvisende statistik end det nuværende

Patientoplevelt samarbejde & kommunikation: LUP

resultaterne stadig ikke tilfredsstillende både i somatikken og psykiatrien



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Region Sjællands egne 10 pejlemærker:

- Mennesker m psykiske sygdomme /misbrug er velbehandlede for somatiske sygdomme:
planlægges som journalaudit hos borgere i botilbud + antal indlagte i Psykiatrien
- Antallet af borgere, der oplever at blive inddraget i eget forløb i aftale perioden: LUP bruges aktivt. Og er et kraftigt indsatsområde. Fremtidig markør i afregning med sygehusene



Opfølgning på Sundhedsaftalen



Samarbejde m Regionsældreråd

Indgår med repræsentanter i
patientinddragelsesudvalg

Høringspart ved S-aftale & forløbsprogrammer,
ligeså de kommunale ældreråd

Patientinddragelsesudvalg mødes x 1 årligt m.

SKU + ved behov for justeringer

Høres ved midtvejsstatus