

Tak for det hold kæft-bolsje



REGIONSRÅDSFORMAND
Bent Hansen

Hvordan får man borgere i almindelighed og brugere af tilbud i den offentlige sektor til at interessere sig for langsigtede planer – og tilmed planer, der ikke handler om konkrete ændringer i morgen, men måske først får konkret betydning om ét, måske flere, år?

Er det andet end en smuk tanke? Kan det overhovedet lade sig gøre?

Svaret er ja. I de første år af Region Midtjyllands levetid er vi faktisk lykkedes med at inddrage borgerne på flere måder. Også når det gælder nogle af de langsigtede planer, som de politiske udvalg arbejder med, og som *mi(d)t Liv* sætter fokus på i dette nummer.

I foråret 2007 sagde 24 markante kvinder ja til at være med til at tænke regional udvikling på en ny måde. Opgaven var at formulere nye tanker om, hvad regional udvikling er. Inspirationen kom fra den tyske hertuginde Anna Amalia, som i 1700-tallet arrangerede en række te-saloner med markante deltagere. De kom til at sætte deres præg på debatten og på udviklingen i datidens Weimar-republik. Og de midtjyske Anna Amalia'er afleverede da også en lang række spændende ideer, som siden indgik i formuleringen af Den Regionale Udviklingsplan.

Også på sundhedsområdet har det vist sig, at borgerne gerne bruger deres tid på at være med til at tænke langsigtet.

Et godt eksempel er Psykiatriplanen, der omfatter mere end 150 anbefalinger om, hvordan fremtidens psykiatri i Region Midtjylland skal indrettes. Her har brugerne af de mange forskellige tilbud været inddraget tidligt i udarbejdelsen af planen.

Og nu til hold kæft-bolsjet. Dem fik jeg et par stykker af, da Regionsrådet 1. november 2008 inviterede til borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen og regionens sundhedsplan. Der var plads til 200 borgere i Silkeborg Hallerne, men selv om deltagerne skulle bruge en hel lørdag fra morgen til aften, måtte vi afvise interesserede. De folkevalgte var klogelig tiltænkt en lyttende rolle som bordformænd. Talte denne bordmand for meget, fik han eller hun et prik på skulderen fra ordstyreren og blev den lykkelige ejer af et meget stort bolsje.

Nu ligger borgertopmødet næsten et år tilbage. Alligevel står dagen lysende klar for mig. Ikke mindst det store engagement i vores sundhedsvæsen og den oprigtige lyst til at være med til at gøre det endnu bedre. Det er en vigtig erfaring, vi har fået i Regionsrådets første valgperiode, og noget jeg vil tage med mig, når der de kommende år skal lægges nye planer.

Bent Hansen
Regionsrådet (A)

mi(d)t Liv – oktober 2009

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere.

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.centerforfolkesundhed.dk

Redaktionspanel

Lene Dørfler
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune
Lotte Groth Jensen
dokumentalist, Center for Folkesundhed
Ingeborg Kristensen
regionssundhedsplejerske,
Regionalt Sundhedssamarbejde
Anette Larsen
socialfaglig konsulent, Center for Folkesundhed
Doris Nørgård
ledende sundhedskonsulent
Center for Folkesundhed
Anna Birte Sparvath
chefsygeplejerske, Regionshospitalet Horsens,
Brædstrup og Odder

Redaktion

Lucette Meillier
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4713, lucette.meillier@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: WERKS Grafiske Hus a/s

Oplag: 3.000

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: december 2009/januar 2010

ISSN 1902-7257

Det forestående valg til region og kommuner har atter sat fokus på politikernes rolle og muligheder efter strukturreformen. For regionerne betød reformen blandt andet, at Regionsrådet ikke kan nedsætte stående fagudvalg, men alene har mulighed for at arbejde med særlige udvalg af midlertidig karakter.

mi(d)t Liv har i dette nummer valgt at sætte fokus på de midlertidige udvalg, som har beskæftiget sig med sundhed, og hvor sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering har været et hovedtema eller har spillet en rolle.

Sundhedsplanudvalget har fx opstillet pejlemærker, som mere overordnet peger på retningslinjer for beslutninger af betydning for borgernes sundhed. Andre udvalg, som er nævnt i dette nummer, har opstillet anbefalinger, som både kan være nationale, regionale og omfatte samarbejdet mellem region og kommuner.

Redaktionen håber, at artiklerne foruden at beskrive de konkrete anbefalinger giver et indblik i selve det politiske udvalgsarbejde.

God læselyst
REDAKTIONEN

03 I dette nummer
Tema:
Fra politik til anbefalinger

14 Psykiatriområdets to
midlertidige udvalg
Shared care i psykiatrien

25 Sundhedssamarbejde

04 Dannelsen af regionerne og
baggrunden for reglen
om de midlertidige udvalg

17 Screening i et politisk udvalg

25 Snart penge til Region Midtjylland
forstærkede indsats
for patienter med kronisk
sygdom

08 Det midlertidige udvalg vedr.
Region Midtjyllands
Sundhedsplan

20 Det midlertidige udvalg vedr.
patientforløb for kræftpatienter

26 Uddannelse af sundhedsambassadører - et regionalt-kommunalt samarbejde

10 Det midlertidige udvalg vedr.
sociale forskelle i sundhed

21 Det midlertidige udvalg vedr.
forbedret indsats for borgere
med kroniske lidelser

27 2. generations-Sundhedsaftaler

12 målgruppen:
gravide, børn og unge

24 Det midlertidige udvalg vedr.
Den Danske Kvalitetsmodel

Dannelsen af regionerne og baggrunden for reglen om de midlertidige udvalg

Dannelsen af de danske regioner er på mange måder en dramatisk begivenhed i danmarkshistorien, der bryder med den traditionelle danske opfattelse af demokrati og politisk ansvar for den service, som det offentlige leverer til landets borgere.

■ Bo Johansen, regionsdirektør, Region Midtjylland

Regionerne blev skabt med strukturreformen, som noget nyt og hidtil uset. De var ikke blot nye og større 'amter', men fik nogle helt andre betingelser at skulle virke under.

Den struktur og opgavefordeling, der nu er gældende med 98 kommuner og 5 regioner, blev vedtaget med et snævert flertal i Folketinget, hvilket i Danmark er meget usædvanligt, når det drejer sig om en så stor reform af den offentlige sektor.

Det lå Regeringen og Dansk Folkeparti på sinde, at amterne ikke skulle genopstå, blot med et nyt navn, og det er uden tvivl bl.a. hensynet hertil, som ligger bag reglerne om regionernes organisering, udvalgsstruktur og råderum.

Regionsloven som ramme

Rammen om regionernes virksomhed er beskrevet i den lov, der i daglig tale kendes som "regionsloven", men hvis fulde navn er Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

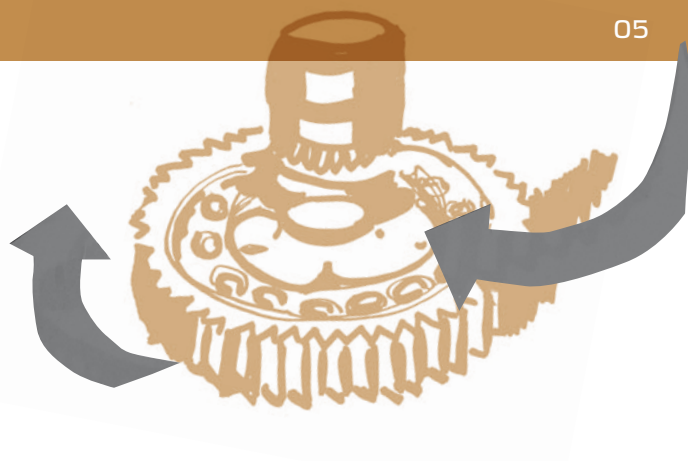
Regionsloven beskriver regionernes opgaver og styreform. Om regionernes styrelse fastslår loven, at regionens øverste myndighed er Regionsrådet, der består af 41 folkevalgte medlemmer, der vælges for fire år ad gangen ved valgene til kommunalbestyrelser og regionsråd.

Regionsrådet nedsætter et Forretningsudvalg, hvis opgaver i store træk svarer til dem, der varetages af de kommunale økonomiudvalg og de øvrige stående udvalg (faste udvalg, der fungerer i hele valgperioden).

Fleksibelt forretningsudvalgsstyre – rådsmodellen

Ud over Forretningsudvalget kan Regionsrådet ikke nedsætte stående fagudvalg med ansvar for regionens faglige hovedansvarsområder. Denne model kaldes "fleksibelt forretningsudvalgsstyre" eller undertiden "rådsmodellen." Det fleksible ved modellen består i, at regionsloven giver Regionsrådet mulighed for at beslutte, i hvilken udstrækning forvaltningen af en lang række af regionens opgaver skal være placeret i Forretningsudvalget eller i Regionsrådet. Regionsloven bestemmer desuden, at en sag altid skal behandles i Forretningsudvalget, før den kan forelægges Regionsrådet til beslutning.





Forretningsudvalget skal have mindst 11 og højst 19 medlemmer. Region Midtjyllands Forretningsudvalg har 19 medlemmer. Rådsmodellen var ved regionernes oprettelse en ny og uafprøvet styreform og væsentlig forskellig fra det udvalgsstyre, der fandtes i amterne, og som i dag fortsat findes i kommunerne. I diskussionen om regionernes styreform er der blevet peget på, at fordelingen ved stående fagudvalg, der fungerer i hele valgperioden, er, at udvalgets medlemmer herved igennem valgperioden oparbejder et særligt kendskab til udvalgets fagområde. Et sådant fagligt kendskab kan det være vanskeligere at opnå i et Regionsråd med 41 medlemmer uden stående fagudvalg.

En anden væsentlig forskel fra kommunerne og de tidligere amter er, at Regionsrådet ikke kan udskrive skat. Det politiske ansvar for økonomien (udskrivningen af skatter) er derved blevet adskilt fra ansvaret for leveringen af serviceydelser. Under den nye ordning bestemmer staten udgiftsniveauet, og Regionsrådet tilrettelægger regionens serviceydelser inden for de økonomiske rammer, der fastlægges i årlige økonomiaftaler mellem regionerne og regeringen.

Nye arbejdsformer

Den nye styreform har stillet politikerne i Regionsrådet over for udfordringen først at skulle organisere sig på en ny måde og dernæst indstille sig på nogle nye arbejdsformer.

Regionsrådet har vedtaget en styrelsesvedtægt og særlige delegerings- og

kompetencefordelingsregler, der fastsætter arbejdsfordelingen mellem henholdsvis Regionsrådet og Forretningsudvalget på den ene side og mellem det politiske system og administrationen på den anden side. Overordnet er arbejdsfordelingen mellem Regionsrådet og Forretningsudvalget således, at Forretningsudvalget varetager en række af de driftsopgaver, der i de tidligere amter lå i økonomiudvalget og de øvrige stående udvalg, mens Regionsrådet er ansvarlig for regionens økonomi, planlægningen af regionens virksomhed inden for regionernes tre store driftsområder: sundhed, det sociale område og regional udvikling, ligesom Regionsrådet træffer alle overordnede beslutninger om regionens virksomhed.

Særlige midlertidige udvalg

Mens Regionsrådet således ikke kan nedsætte faste – stående – udvalg, giver regionsloven Regionsrådet mulighed for at nedsætte såkaldte særlige udvalg af midlertidig karakter. Udvalgenes funktionsperiode skal være tidsafgrænset – normalt op til ét år – og udvalgene kan ikke beskæftige sig med regionens løbende opgavevaretagelse.

De særlige udvalgs opgave er at udføre forberedende eller rådgivende funktioner for Regionsrådet. De har ikke indstillingsret eller egentlig beslutningskompetence. I de midlertidige udvalg kan medlemmerne gå lidt mere i dybden og anvende mere tid på udvalgte emneområder, end der er mulighed for i møderne i Forretningsudvalget og Regionsrådet. Udvalgenes medlemmer kan i de politiske grupper bringe deres erfaringer fra udvalgsarbejdet ind i drøftelserne

og derved bidrage til, at alle i Regionsrådet er velorienterede om arbejdet.

Det er nu aftalt i den seneste økonomiaftale med Regeringen, at medlemmerne af de midlertidige udvalg fra 2010 skal kunne modtage vederlag i op til to år for deres arbejde i et udvalg, hvilket er et skridt i retning af at skabe større kontinuitet og mulighed for, at udvalgene kan gå mere i dybden med arbejdet.

Paneler og samarbejdsfora

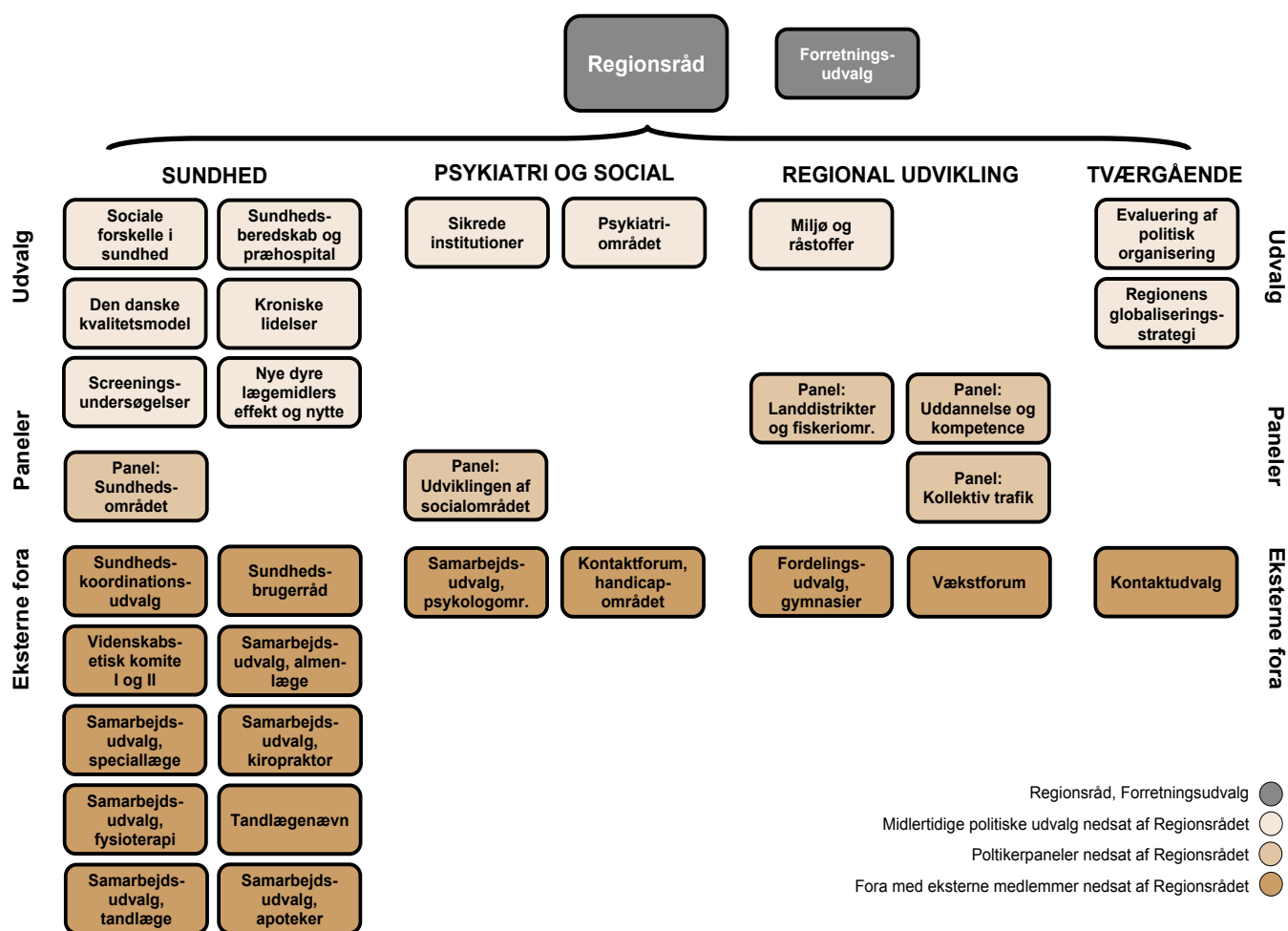
I Region Midtjylland er der udover de midlertidige udvalg nedsat nogle bredt sammensatte paneler af regionsrådsmedlemmer og andre udpegede af Regionsrådet, hvor deltagerne kan drøfte emner af fælles interesse og få inspiration og viden til de hverv, de er udpeget til at varetage.

Endvidere har Regionsrådet nedsat en række samarbejdende fora, hvor regionsrådsmedlemmer deltager sammen med eksempelvis kommunerne i regionen, erhvervsorganisationer eller faglige organisationer.

Hvordan arbejder de midlertidige udvalg

Hvert år træffer Regionsrådet beslutning om, hvilke midlertidige udvalg der skal etableres. Der tages stilling til i hvilken periode udvalget skal fungere, hvor mange medlemmer udvalget skal have (normalt syv), og der formuleres et kommissorium for udvalgets arbejde. Regionsrådet har endvidere udarbejdet en standardforretningsorden, som sætter de overordnede rammer for de midlertidige udvalg.

Figur 1: Oversigt over udvalg, politikerpaneler og samarbejdsfora nedsat af Regionsrådet i 2009



Regionsrådet har nedsat udvalg, paneler og samarbejdsfora inden for alle regionens tre hovedansvarsområder, sundhed, psykiatri- og socialområdet og området regional udvikling, ligesom der er nedsat udvalg med tværgående opgaver. Læs mere på www.rm.dk/politik/udvalg.

Udvalgene afholder møder, foretager institutionsbesøg og indkalder evt. eksterne oplægsholdere til tematiserede møder. Det kan for eksempel være fagfolk fra Region Midtjyllands institutioner, kommunerne, uddannelsesinstitutioner m.m.

Udvalgene afgiver ofte en skriftlig afrapportering til Regionsrådet, typisk med

en række anbefalinger til det fremtidige arbejde med emnet.

Erfaringer, ønsker og behov

I forbindelse med nedsættelsen af de midlertidige politiske udvalg der virker i 2009, besluttede Regionsrådet, at Region Midtjyllands politiske organisering skulle evalueres i 2009. Regionsrådet nedsatte

derfor et udvalg, hvor samtlige de politiske partier i Regionsrådet fik sæde. Udvalget, der påbegyndte sin virksomhed 1. april 2009, fik til opgave at drøfte erfaringerne med og de fremtidige behov og ønsker til den politiske organisering i Region Midtjylland, herunder særligt med hensyn til de midlertidige udvalg og panelerne.

Udvalget afslutter sit arbejde i oktober 2009. Der foreligger derfor ikke på nuværende tidspunkt en beskrivelse af regionsrådsmedlemmernes erfaringer med at arbejde i udvalgene under den nye struktur og om deres ønsker til den fremtidige organisering af udvalgsarbejdet. – Det er dog naturligvis et spørgsmål, som løbende er blevet drøftet. Medlemmerne har ved forskellige lejligheder beskrevet deres opfattelse af de nye vilkår, og mange giver udtryk for en oplevelse af, at der er sket en indskrænkning af det politiske råderum, som har gjort det vanskeligere som politiker i Regionsrådet at blive tydeligt politikskabende.

I den sammenhæng har de særlige udvalg en vigtig funktion. Som nævnt har udvalgene mulighed for at gå mere i dybden og anvende mere tid på de emneområder,

som udvalgene beskæftiger sig med, end der er mulighed for i møderne i Forretningsudvalget og Regionsrådet. Udvalgenes medlemmer får herved en indsigt i områder, som kan være et vigtigt fundament i det politiske arbejde både i Regionsrådet og i bredere forstand.

Udvalgene præsenterer ofte resultaterne af deres arbejde på et særligt temamøde i Regionsrådet. På et sådant temamøde drøfter udvalgets medlemmer og de øvrige medlemmer af Regionsrådet udvalgets anbefalinger, og rådet opnår herved en

øget indsigt i området, som kan bidrage til at styrke dets varetagelse af det politiske ansvar for regionens virksomhed.

Jeg er ikke i tvivl om, at udvalgene har givet vigtige bidrag til det politiske arbejde med at skabe visioner og definere mål for borgerne i regionen, og at denne del af arbejdet vil blive styrket i de kommende år. ■

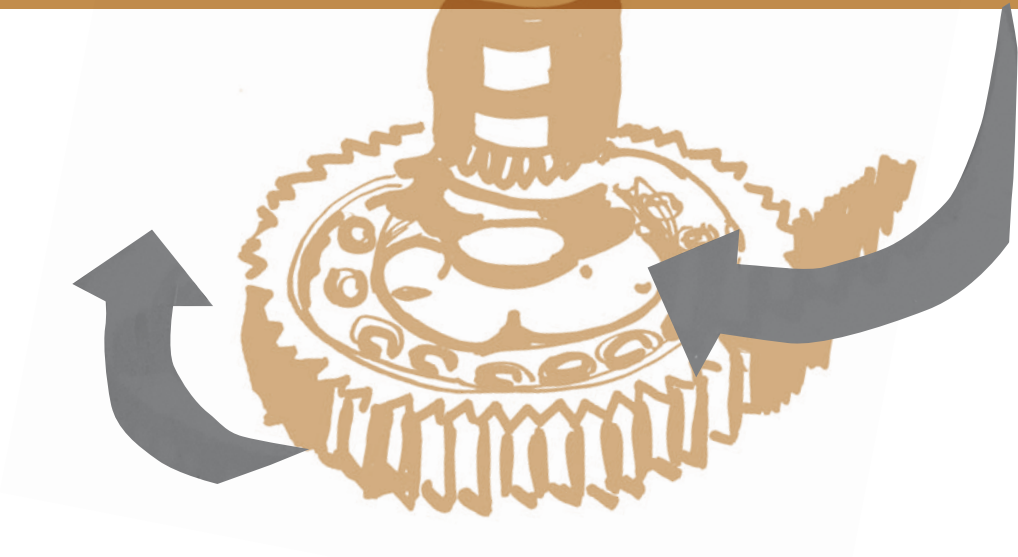
§ 13 Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne ...

Stk. 1. Regionsrådet nedsætter et forretningsudvalg, der varetager de funktioner, som i lov om kommunernes styrelse er tillagt det af kommunalbestyrelsen nedsatte økonomiudvalg. Forretningsudvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der forelægges regionsrådet til beslutning.

Stk. 6. Regionsrådet kan nedsætte de i lov om kommunernes styrelse § 17, stk. 4, nævnte særlige udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.

§ 17 Bekendtgørelse af lov om kommunernes styrelse

Stk. 4. I øvrigt kan kommunalbestyrelsen nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget eller de stående udvalg. Kommunalbestyrelsen bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.



DET MIDLERTIDIGE UDVALG FOR

Region Midtjyllands Sundhedsplan

Åben dialog med inddragelse af både midtjyske borgere og sundhedsprofessionelle har banet vejen for at kvalificere og demokratisere arbejdet med Region Midtjyllands Sundhedsplan.

■ Peter Lindholm Astrup, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

REGION MIDTJYLLANDS SUNDHEDSPLAN

- Vedtaget den 20. maj 2009
- Beskriver Region Midtjyllands samlede planmateriale på sundhedsområdet
- Indeholder 6 pejlemærker
- Sekretariatsbetjent af Sundhedsplanlægning og Regionalt Sundhedssamarbejde.

Brugerinddragelse og kvalitetssikring

Det politiske udvalg for Region Midtjyllands sundhedsplan havde stort fokus på åbenhed og inddragelse af både borgere og fagpersoner. For at opnå en højere grad af brugerinddragelse og kvalitetssikring gjorde udvalget brug af tre nyskabende værktøjer:

- Borgertopmøde med deltagelse af 200 borgere, repræsentativt udvalgt i regionen
- Borgerafstemning om pejlemærker på internettet
- Heldagsseance, hvor centrale videnspersoner i administrationen var med til at kvalificere pejlemærkerne i sundhedsplanen.

Sundhedsplanudvalget

I spidsen for arbejdet med sundhedsplanen stod det midlertidige udvalg for Region Midtjyllands sundhedsplan bestående af 11 politikere.

Sundhedsloven kræver, at planen omfatter en samlet beskrivelse af de allerede vedtagne planelementer og planinitiativer på sundhedsområdet. Region Midtjylland udvidede planen til også at omfatte et fornyet oplæg om det politiske arbejdsgrundlag for sundhedsvæsenet i regionen. Konkret udarbejdede udvalget seks pejlemærker for sundhedsindsatsen i Region Midtjylland. De vil i fremtiden kunne anvendes af såvel politikere som administration som en guide i prioritering og målretning af indsatser på sundhedsområdet.

Udvalget blev sekretariatsbetjent af Sundhedsplanlægning og Regionalt Sundhedssamarbejde.

Inspiration og politisk prioritering

Det politiske udgangspunkt var, at processen skulle være åben og dialogbaseret. Borgere og relevante fagpersoner skulle inddrages tæt i processen. Det gav stor dynamik i arbejdet, men samtidig krævede det, at såvel politikere som sekretariat kunne bevare overblikket og holde fokus på opgaven. Arbejdet foregik i to faser. En inspirationsfase og en indsnævrings-/skrivefase.

Fase 1: Inspiration

Gennem hele inspirationsfasen arbejdede udvalget på et temakatalog, hvor alle temaer, der kom frem i processen, blev nedskrevet og løbende uddybet.

UDVALGETS MEDLEMMER

Johannes Flensted-Jensen (A) (formand)
 Alice Espeholt (V) (næstformand)
 Conny Jensen (A)
 Knud Hammer (A)
 Aleksander Aagaard (V)
 Preben Andersen (V)
 Jette Skive (O)
 Ove Nørholm (C)
 Bente Nielsen (F)
 Ulla Fasting (B)
 Tove Videbæk (C)

Der blev afholdt en række udvalgsmøder med relevante oplægsholdere fra kommuner, almen praksis, hospitaler, psykiatri og Center for Folkesundhed. Udvalget var endvidere på en studietur til Skotland, hvor især sammenhæng og borgerperspektivet var i højsædet. Endelig arrangerede udvalget en sundhedsplankonference for fagfolk og politikere, hvor mulige pejlemærker blev diskuteret og kvalificeret.

For at involvere borgerne afholdt udvalget i samarbejde med Danske Regioner et borgertopmøde, hvor 200 repræsentativt udvalgte borgere blev inviteret til at deltage. Emnet var fremtidens sundhedsvæsen. Topmødet var en stor succes for både politikere og borgere – 94% af deltagerne ville eksempelvis deltage i et lignende arrangement igen.

Med denne sundhedsplan sætter vi kursen for de kommende års arbejde med sundhed i Region Midtjylland. Igennem 2008 har vi i det midlertidige udvalg vedr. Region Midtjyllands sundhedsplan arbejdet med at udvælge og beskrive de centrale indsatsområder for Region Midtjyllands sundhedsvæsen. Disse indsatsområder kalder vi for pejlemærker, fordi de skal fungere som navigationspunkter, når dette og det kommende regionsråd træffer beslutninger om sundhed i Region Midtjylland.



Johannes Flensted-Jensen, udvalgsformand

I forlængelse af topmødet udarbejdede sekretariatet i samarbejde med MidtLab¹ en afstemning på internettet, hvor alle interesserede borgere kunne prioritere mellem de temaer udvalget arbejdede med. Borgernes kommentarer på topmødet og i afstemningen var centrale for udvalget i det efterfølgende arbejde. Det har været med til både at kvalificere og demokratisere det fokus, der er lagt i sundhedsplanen.

Fase 2: Indsnævring og skriveproces

Den beskrivende del af sundhedsplanen blev udarbejdet af sekretariatet og efterfølgende godkendt af sundhedsplanudvalget.

En af de centrale opgaver udvalget stod overfor var endvidere at indsnævre og præcisere temakatalogets i alt 40 forskellige temaer. Over en række udvalgsmøder blev disse kategoriseret og prioriteret, således at udvalget til slut kunne præsentere sundhedsplanens 6 pejlemærker.

Som led i den politiske behandling blev sundhedsplanen sendt bredt i høring. De mange høringssvar gav væsentlig og fornyet input til planen.

Arbejdet bag scenen

Sundhedsplanen omfatter og beskriver hele regionens sundhedsvæsen. Derfor inddrog sekretariatet alle relevante dele af staben i udarbejdelsen af såvel den beskrivende del som i udarbejdelsen af pejlemærkerne.

Da det politiske udvalg havde udpeget de 6 pejlemærker, blev de endeligt formuleret på et heldagsmøde, hvor centrale administrative videnspersoner i grupper arbejdede med pejlemærkerne. De enkelte grupper præsenterede dagen igennem deres formuleringer for resten af deltagerne for på den måde at sikre konsistens og kvalitet. Arbejdsformen vil også i fremtiden være et vigtigt værktøj, når større planmateriale skal udarbejdes på sundhedsområdet.

Forløbet var alt i alt meget positivt, og resultatet blev 6 fagligt velfunderede og gennemarbejdede pejlemærker.

En lærerig proces og et fremadrettet resultat

Såvel det politiske som det administrative forløb bar præg af den åbne og dialogbaserede proces, der uden tvivl gav en væsentlig positiv effekt på resultatet.

I processen har både administration og politikere arbejdet med nye værktøjer, der i fremtiden med fordel kan bruges såvel i det daglige arbejde som i relation til det politiske udvalgsarbejde. ■

6 pejlemærker

Patientforløb – den enkeltes møde med sundhedsvæsenet

Grænsebrydning i sundhedsvæsenet

Sundhedsfremme og forebyggelse

Lighed i sundhed

Medarbejderne – den vigtigste ressource

Sammenhæng mellem psykiatri og somatik

NOTE

1. MidtLab er Region Midtjyllands laboratorium for innovative eksperimenter med bl.a. henblik på udvikling af den offentlige sektor ved at løse opgaver for borgerne bedre, billigere og hurtigere. Læs mere på: www.rm.dk/om+regionen/organisation/koncern+hr/midtlab/om+midtlab

LINK

www.sundhedsplan.rm.dk

DET MIDLERTIDIGE UDVALG VEDR.

sociale forskelle i sundhed

■ Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef & Stina Lou, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

UDVALGETS MEDLEMMER

Anders Kühnau (A) (formand)
Preben Andersen (V) (næstformand)
Conny Jensen (A)
Knud Hammer (A)
Leif Mørck (A)
Alice Espeholt (V)
Henrik Qvist (Ø)

Sundhedsprofiler dokumenterer, at sociale forskelle i sundhed er en realitet, og staten, regionerne og kommunerne har en stor udfordring og en opgave i forhold til at reducere de sociale forskelle i sundhed. Forskellene er ikke blevet mindre, siden WHO lancerede "Sundhed for alle år 2000", også selv om der gennem de seneste årtier er blevet langt større opmærksomhed i sundhedsvæsenet.

Det midlertidige udvalg

I Region Midtjylland er problemstillingen omkring sociale forskelle i sundhed sat højt på den faglige og politiske dagsorden. Regionsrådet besluttede i 2007 at nedsætte et midlertidigt udvalg, som arbejdede fra juli 2008 til marts 2009 og bestod af syv medlemmer. Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed har haft sekretariatsfunktion for udvalget.

Målgrupper

Udvalget har arbejdet med en række målgrupper, hvor vi ved, at sociale forskelle i sundhed i særdeleshed gør sig gældende. De udvalgte målgrupper er: etniske minoriteter, gravide, børn og unge, mennesker

med kroniske lidelser, kræftpatienter, sygedagpengemodtagere og mennesker med psykiske sygdomme.

Anbefalinger

Udvalget har udarbejdet en række anbefalinger, som kan medvirke til at reducere de sociale forskelle i sundhed og konsekvenserne heraf for de valgte målgrupper. Anbefalingerne er drøftet med Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet og omhandler både indsatser inden for det regionale sundhedsvæsen og indsatser, som region og kommuner kan samarbejde om. Et sådant samarbejde om en fælles, tværsektoriel indsats i forhold til sociale forskelle i sundhed kan eventuelt indarbejdes i de fremtidige sundhedsaftaler.

Det midlertidige udvalgs samlede anbefalinger for de valgte målgrupper kan læses på Region Midtjyllands hjemmeside.¹ I det følgende uddybes blot enkelte, udvalgte anbefalinger.

Etniske minoriteter

Gennem de seneste årtier er der blevet flere borgere i Danmark med anden etnisk baggrund end dansk. Dette stiller også sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer, idet etniske minoriteter kan

have andre behov end etniske danskere og ringere udbytte af de eksisterende sundhedstilbud. Det er derfor en stor udfordring for regioner og kommuner at kunne imødekomme etniske minoritetsgruppers behov på en måde, som retter sig mod de væsentligste sundhedsproblemer og samtidig opleves relevante, vedkommende og forståelige for målgruppen.

Der er eksempelvis gode erfaringer med en diabeteskole for etniske minoriteter i Århus Kommune, som startede som et forsøg i et samarbejde mellem region (tidligere amt) og kommune, og nu er et permanent kommunalt tilbud.² Derfor anbefaler udvalget blandt andet, at regionen og kommunerne samarbejder om at udbrede lignende patientuddannelser målrettet etniske minoriteter til flere kommuner og også inddrager andre kroniske lidelser. Udvalget anbefaler endvidere, at der tilbydes patientuddannelse, som beskriver det danske sundhedsvæsen og diskuterer gensidige krav og forventninger til ydelserne og væsenet. Endelig peges der på, at regionen og kommunerne samarbejder om fælles uddannelse af sundhedsfagligt personale i interkulturel kommunikation og etniske minoriteters sundhed.

KOMMISSORIUM

At drøfte og beskrive på hvilke områder sociale forskelle gør sig gældende i sundhed inden for somatikken og psykiatrien samt belyse konsekvenserne heraf. Dette skal følges op af en kortlægning af, hvilke tiltag og fokusområder der kan iværksættes i forhold til påvirkning af sociale forskelle i sundhed.



At deltage i sekretariatsbetjeningen af det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed og samarbejde med politikerne om en fælles udfordring har været en både spændende og givende opgave.

Der har været afholdt syv møder, hvor de valgte temaer/målgrupper er belyst gennem fagligt meget kvalificerede og engagerede oplæg og efterfølgende debat, og hvor politikerne har opstillet mål for mulige indsatser og tilbud i regionen eller i et samarbejde mellem region og kommuner.

Debatten har været meget levende og båret af en stærk interesse for og lyst til at ændre de sociale forskelle i sundhed, men også en anerkendelse af og ydmyghed over for denne vanskelige opgave.

Det er også et eksempel på, hvordan et udvalgsarbejde giver plads til og styrker et frugtbart og ligeværdigt samarbejde mellem forskning, praksis, administration og politik. En kobling som vi i mange sammenhænge ser som et ideal, men som kan have svære vilkår i en travl hverdag. – Her skete det med en meget aktiv formand for bordenden.

Kirsten Vinther-Jensen

Mennesker med kroniske lidelser

Den stigende forekomst af kroniske sygdomme udgør en stor udfordring for sundhedsvæsenet. Mens sundhedsvæsenet tidligere først og fremmest skulle tage sig af akutte helbredsproblemer, er der nu i langt højere grad brug for et sundhedsvæsen, som kan servicere mennesker gennem langvarige sygdomsforløb.

Rygning, usunde kostvaner, fysisk inaktivitet og et stort alkoholforbrug er kendte risikofaktorer for udvikling af en række kroniske sygdomme og forværring af allerede eksisterende sygdomme og dermed for en nedadgående helbreds mæssig spiral. Det generelle billede er, at flere kortuddannede med en kronisk sygdom ryger, har et usundt kostmønster og er fysisk inaktive.

⁽¹⁾ Dette er med til at forstærke den sociale ulighed i sundhed.

I forhold til de kroniske patienter anbefaler udvalget en øget og mere systematisk opmærksomhed på den rolle, som sociale forskelle kan betyde både i sundhedspersonalets møder med patienterne og i de undersøgelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud, som patienterne har adgang til. En systematisk registrering af socialt udsatte – efter på forhånd fastlagte kriterier som fx uddannelse og civilstatus – og etablering af socialt differentierede tilbud til udvalgte målgrupper kan være en mulig løsning.

Mennesker med psykisk sygdom

En tredje målgruppe, som det midlertidige udvalg har arbejdet med, er mennesker med psykiske sygdomme.

Ud over følgevirkningerne af den psykiske sygdom har mange mennesker med sindslidelser også en eller flere somatiske sygdomme. Ja, faktisk flere end befolkningen som helhed. Der er også blandt mennesker med psykisk sygdom flere med en usund sundhedsadfærd. De har et højere forbrug af sundhedsydelser, en højere selvmordsdelighed og generelt en overdødelighed set i forhold til befolkningen som helhed.

De psykisk syge er således på mange måder en udsat gruppe, og den eksisterende opdeling mellem somatik og psykiatri medfører en risiko for underdiagnosticering og underbehandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter. Hertil kommer en risiko for, at psykiske lidelser hos patienter i det somatiske system ikke opdages, diagnosticeres og behandles.

Udvalget anbefaler, at der udarbejdes en strategi for sundhedsfremme og forebyggelse for at understøtte en sundere livsstil og forebygge livsstilssygdomme. Udvalget anbefaler endvidere, at der arbejdes på en tættere koordinering af indsatsen mellem det psykiatriske og somatiske sundhedsvæsen, der sikrer, at patienter med både somatisk og psykisk sygdom får de relevante tilbud, uanset om de først kommer på et somatisk eller på et psykiatrisk hospital.

Afsluttende konference

Som afslutning på udvalgets arbejde afholdt Region Midtjylland den 20. oktober 2009 en national konference om sociale forskelle i sundhed. På konferencen præ-

senteres nogle politiske overvejelser og faglige kendsgerninger om sociale forskelle i sundhed og arbejdet for at reducere forskellene, og de indlagte workshop tager fat på konkrete indsatser for de specifikke målgrupper. Dagen har til formål at sætte yderligere fokus på de sociale forskelle i sundhed og konsekvenserne heraf, og på hvilke muligheder der er for at forebygge og udligne forskellene blandt borgerne i Midtjylland. ■



NOTER

1. Læs mere om udvalgets arbejde og anbefalinger på: www.rm.dk/politik/udvalg/sociale-forskelle+i+sundhed
2. Publikationen Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet – udvikling og evaluering af et undervisningstilbud, udarbejdet af Inge Wittrup og Jette Kolding Kristensen, november 2007, kan ses og hentes på Center for Folkesundheds hjemmeside: www.centerforfolkesundhed.dk (under Publikationer/Sundhedsfremme og Forebyggelse/Rapporter)

REFERENCE

- [1] Finn Breinholt Larsen, Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2007. En Hvordan har du det? Online-publikation fra juni 2007. Kan ses/ downloades via www.hvordanhardudet.rm.dk

DET MIDLERTIDIGE UDVALG VEDR.

sociale forskelle i sundhed

målgruppen: gravide, børn og unge

■ Ingeborg Kristensen, regionssundhedsplejerske, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Som resultat af arbejdet i det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed blev der – som også nævnt i foregående artikel – opstillet en række anbefalinger for hver af de valgte målgrupper. Anbefalinger, der peger på, hvad regionen og kommunerne hver for sig og i fællesskab kan gøre for at skabe større lighed i sundhed. En af de udvalgte målgrupper er: gravide, børn og unge. I denne artikel beskrives, hvilke konkrete indsatser udvalget foreslår iværksat specielt for disse grupper af midtjyske borgere.

Sociale forskelle i sundhed

Når en familie fra en af de dårligst stillede sociale grupper i Danmark får et barn, er der større risiko for, at barnet har lav fødselsvægt, bliver født for tidligt eller dør. Og den sociale ulighed i spædbørnsdødeligheden er øget gennem de seneste år.⁽¹⁾

Skolebørn fra lavere socialgrupper har højere forekomst af risikoadfærd og trivselsproblemer⁽²⁾, og andelen af børn med langvarig sygdom stiger jo lavere forældrenes socioøkonomiske status er.⁽³⁾ På den baggrund anbefaler udvalget:

◆ Tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse

Fødestederne i Region Midtjylland har forskelligartede tilbud til de gravide. Det er således ikke alle fødestederne, der har tilbud specielt målrettet socialt udsatte gravide/familier. Udvalget anbefaler vedr. tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse:

At der etableres tidlige jordemoderundersøgelser og forældre-/familieforberedelse til alle gravide. Det skal bl.a. være med til at sikre, at de socialt sårbare gravide identificeres og får tilbudt en målrettet indsats med henblik på at sikre bedre sundhed og bedre tilknytning.

◆ Gravide – rygning og overvægt

Rygning er den enkeltfaktor, der har størst indflydelse på udfaldet af graviditet, fødsel og barnets sundhed. I Region Midtjylland ryger 38-40% af de lavtuddannede og 11-13% af de højtuddannede kvinder mellem 25-44 år.⁽⁴⁾ Svær overvægt hos gravide forekommer oftest hos de socialt udsatte gravide, og der er evidens for, at overvægt ofte kan medføre komplikationer ved fødslen. Det er derfor vigtigt, at alle gravide får hjælp til at føre en sundere livsstil under graviditeten.

RYGNING

At der tilbydes rygestop (patientrettet forebyggelse) på alle regionens jordemodercentre til alle gravide rygere.

At der etableres et målrettet, differentieret tilbud om rygestop til socialt udsatte gravide.

At tilbud om rygestop udbydes i samarbejde med kommunerne.

OVERVÆGT

At der tilbydes motions- og kostvejledning i tilknytning til regionens jordemodercentre.

At arbejdsdelingen mellem sektorerne om motions- og kostvejledning indarbejdes i en sundhedsaftale.

◆ Familieambulatorium

Det er lovbestemt, at der skal etableres et familieambulatorium i Region Midtjylland. Familieambulatoriet iværksætter indsatser over for socialt udsatte familier og følger disse, til børnene er mellem 4 og 7 år gamle.

At familieambulatoriet organiseres på en sådan måde, at alle socialt udsatte familier reelt har tilgængelighed hertil.

At der etableres et integreret samarbejde mellem kommunerne og regionen ved eksempelvis at oprette kombinationsstillinger, hvor nogle af medar-

bejderne i familieambulatoriet er ansat i både en kommune og regionen.

◆ **Hvordan har du det? for børn og/eller unge**

Forekomsten af langvarige sygdomme hos børn i Danmark er relativt dårligt belyst. Statens Institut for Folkesundhed konstaterede i rapporten *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000*⁽⁵⁾, at 16,2% af børnene i alderen 0-16 år har mindst en langvarig sygdom. En forekomst der steg gennem småbørnsalderen og var højest hos børn af forældre med lav socioøkonomisk status eller kort uddannelse.

At der gennemføres en "Hvordan har du det?" for børn og/eller unge med henblik på at kunne etablere målrettede regionale og kommunale indsatser for målgruppen.

At profilen suppleres med registerundersøgelser for bl.a. at kortlægge forekomsten af kronisk sygdom hos børn.

◆ **Frivillig sundhedsaftale**

Regionen og kommunerne har aftalt at udarbejde et forslag til en 'frivillig' sundhedsaftale for gravide, børn og unge. Hensigten er at skabe sammenhæng i patientforløb og at samarbejde om sundhedsindsatsen for børn og unge og deres familier – på tværs af sektorer. En tværsektoriel temagrube er nedsat.

At sundhedsaftalen har fokus på socialt udsatte gravide, børn og unge – med specifik fokus på 5 nærmere specificerede anbefalinger vedr.:

- et tværfagligt og -sektorielt samarbejde
- nedsættelsen af et fagligt samråd

- indsatser til at sikre, at de nybagte mødre lærer at amme
- indsatser for at skabe tilknytning mellem forældre og barn
- arbejdsdeling mellem sektorerne om kost- og motionsvejledning for overvægtige gravide.

◆ **Sundhedspolitik i kommunerne**

Region Midtjylland vil gerne indgå i dialog med kommunerne om udarbejdelse af en sundhedspolitik for gravide, børn og unge med særlig fokus på de socialt udsatte, således at indsatsen kan afstemmes.

At kommunerne vedtager og implementerer en sundhedspolitik for gravide, børn og unge – gældende for alle, men med særlig fokus på de socialt udsatte.

At kommunerne offentliggør sine tilbud til socialt udsatte gravide, børn og unge på www.praksis.dk.

At kommuner og region monitorerer børns sundhed via elektroniske børnejournaler. ■

REFERENCER

- (1) Det Medicinske Fødselsregister. Årlig udgivelse fra Sundhedsstyrelsen - www.sst.dk
- (2) Skolebørnsundersøgelsen 2006. Mette Rasmussen & Pernille Due, red. En HBSC-publikation [Health Behaviour in School-aged Children]. Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet 2007 - www.hbsc.dk/dk-publi.htm
- (3) 7 års børneliv. Velfærd, sundhed og trivsel hos børn født i 1995. Else Christensen. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2004 - www.sfi.dk
- (4) Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Finn Breinholt Larsen m.fl., Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2006 - www.hvordanhardudet.rm.dk
- (5) Mette Kjeller & Niels Kr. Rasmussen. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2002 - www.si-folkesundhed.dk

LINK

www.rm.dk/politik/udvalg/socialt+forskelle+i+sundhed



PSYKIATRIOMRÅDETS TO MIDLERTIDIGE UDVALG

Shared care i psykiatrien – et resultat af politisk arbejde

Forebyggelse og sundhedsfremme har været en del af programmet for to midlertidige politiske udvalg, der har arbejdet med psykiatrien i 2007 og 2008. Resultatet er blandet andet blevet et større fokus på en tidlig indsats og et øget samarbejde med praksissektoren for at forebygge psykisk sygdom.

■ Alice Mosekjær Madsen, Marianne de Lemos, fuldmægtige & Didde Marie Degn, kommunikationsmedarbejder, Psykiatri og Social, Region Midtjylland

I foråret 2009 satte danske regioner fokus på psykiatrien med deres plan om en "Psykiatri i Verdensklasse". Planen indeholder otte visioner for fremtidens psykiatri i Danmark, og en af dem er at blive bedre til at forebygge psykisk sygdom. Den vision var allerede under regionens dannelse i 2006 en del af den politiske dagsorden i Region Midtjylland. Her blev ideerne til en kommende psykiatriplan luftet, og sundhedsfremme og forebyggelse var et af seks store hovedområder, som spillede en rolle i arbejdet med at formulere den psykiatriplan, som alle fem regioner skulle lave.

Arbejdet med at lave en psykiatriplan for Region Midtjylland tog sin begyndelse tilbage i efteråret 2006, umiddelbart inden regionen startede sit arbejde 1. januar 2007. I dag er vi i Psykiatri og Social i gang med flere nye projekter, der netop tager udspring i psykiatriplanen og dens fokus på tidlig indsats over for de psykiske syge og arbejdet med forebyggelse.



Mistrivsel er i mange tilfælde en forløber for senere psykiske problemer. Det kræver opsporing og hjælp. Når de psykiske symptomer begynder, er det af afgørende betydning, at de behandles hurtigt.

cheflæge Per Jørgensen
(under det opstartende arbejde)

UDVALGET VEDR. SERVICE OG KVALITET MV.

UDVALGETS MEDLEMMER

Anna Marie Touborg (F) (formand)

Birgit Jonassen (O) (næstformand)

Louis Rolander (A)

Anders Kühnau (A)

Henrik Qvist (Ø)

Anne V. Kristensen (V)

Den tråd tog udvalget vedr. service og kvalitet på psykiatriområdet op, da det i januar 2007 begyndte sit arbejde og skulle forsøge at samle de fire forskellige tilgange til psykiatri, der var i de gamle amter til én samlet plan og tilgang. Det blev udvalgets vigtigste opgave at lave en psykiatriplan for Region Midtjylland. En psykiatriplan, der kunne fungere som pejlemærke for arbejdet med psykiatrien i de kommende år.

Kommissorium

Kommissoriet, der beskriver udvalgets arbejde, understreger først og fremmest vigtigheden af at samle de fire tidligere amters forskellige prioriteringer af service og kvalitet inden for den psykiatriske behandlings områder. Herudfra skulle udvalget belyse mulige service- og kvalitetspolitikker inden for psykiatriens forskel-

lige indsatsfelter. Eksempelvis: tidlig indsats over for konkrete sygdomsgrupper (fx unge skizofrene eller spiseforstyrrede), nærhed/tilgængelighed af døgnbehandling, ambulant behandling, hjemmebehandling og akut psykiatrisk behandling. Endvidere skulle der fokus på uddannelse af kronisk syge og deres pårørende i at leve med og forebygge forværrelse af sygdommen. En anden væsentlig forskel fra kommunerne og de tidligere amter er, at Regionsrådet ikke kan udskrive skat. Det politiske ansvar for økonomien (udskrivningen af skatter) er derved blevet adskilt fra ansvaret for leveringen af serviceydelser. Under den nye ordning bestemmer staten udgiftsniveauet, og Regionsrådet tilrettelægger regionens serviceydelser inden for de økonomiske rammer, der fastlægges i årlige økonomiaftaler mellem regionerne og regeringen.

Inspiration og samarbejde

I samarbejde med pårørende- og patientorganisationer, fagkunds-kaben, kommunerne m.fl. arbejdede udvalget langt over et år på at lave en psykiatriplan, der sikrer Region Midtjyllands borgere med psykisk sygdom behandling, støtte og omsorg på et højt internationalt niveau. Det skete ikke kun gennem det politiske udvalgsarbejde, men også gennem afvikling af konfe-

rener og nedsættelse af faglige udvalg, som fik til opgave at komme med anbefalinger om forskellige områder og aspekter af psykiatrien – fx en bestemt diagnose som ADHD eller et stort område som fastholdelse og rekruttering af personale til psykiatrien.

De faglige udvalg fremlagde i foråret 2007 deres bud på, hvilke retninger psykiatrien skulle bevæge sig i inden for de forskellige fokusområder. Resultatet blev en psykiatriplan fyldt med anbefalinger, der handlede om alt fra den fremtidige organisering af psykiatrien i Region Midtjylland til støtte til mestring af psykisk sygdom gennem for eksempel psykoedukation.

Fokus på forebyggelse og sundhedsfremme

Undervejs i hele processen var et af målene, at forebyggelse og tidlig indsats skulle være en af de grundsten, som psykiatriplanen skulle bygges på, da det er anerkendt, at psykisk syge generelt har en mere usund livsstil og sundhedsadfærd end befolkningen som helhed. Og at mennesker med sindslidelser har et højere forbrug af sundhedsydelser, en højere selvmordsdødelighed og en statistisk overdødelighed i forhold til resten af befolkningen.

Denne satsning på forebyggelse kom bl.a. til udtryk i efteråret 2007, hvor en inspirationskonference satte fokus på "Et sundere liv med sindslidelse – Hvordan gør vi?" I mødet med regionens 19 kommuner og de praktiserende læger diskuterede udvalget bl.a. input til deres arbejde og endte med at anbefale, at psykiatrien i Region Midtjylland i årene fremover retter en særlig

opmærksomhed mod forebyggelse og sundhedsfremme.

Nye tiltag

OPUS-samarbejde

Det skete helt eksplicit i nogle af psykiatriplanens anbefalinger, som for eksempel satsningen på OPUS-samarbejdet; et toårigt behandlingstilbud til patienter med nykonstateret skizofreni. Ved en tidlig og intensiv indsats skal det sikres, at man holder sygdommen nede, så patienterne undgår tilbagefald og indlæggelse, at de bliver fastholdt i behandlingen, og man forebygger et eventuelt misbrug. Samarbejdet startede som et projekt i Århus Amt, men efter psykiatriplanens anbefalinger er det blevet regionsdækkende, og det – samt en større behandlingskapacitet – betyder, at langt flere unge skizofrene får mulighed for at blive en del af OPUS-samarbejdet. Ved at satse på den behandlingsform håber Psykiatri og Social fremover at kunne fastholde 90% af patienterne i behandlingen, og samtidigt sikre, at under 30% oplever et tilbagefald.

Flere centre for selvmordsforebyggelse

Der er sat fokus på at øge kendskabet til risikofaktorer og risikogrupper for selvmord og på at etablere en særlig specialiseret indsats i forhold til selvmordsforebyggelse i Region Midtjylland. Psykiatriens Hus i Silkeborg, der netop er åbnet, indeholder en afdeling af Center for Selvmordsforebyggelse i Risskov. Centret dækker den østlige del af regionen, og snart ser også Klinik for Selvmordsforebyggelse dagens lys i Herning. Den skal sikre, at det forebyggende arbejde også finder sted i den vestlige del af regionen.

UDVALGET VEDR. NY TEKNOLOGI OG SAMARBEJDE MED PRAKSISSEKTOREN

UDVALGETS MEDLEMMER

Anna Marie Touborg (F) (formand)
Birgit Jonassen (O) (næstformand)
Bodil Jensen (A)
Louis Rolander (A)
Kate Runge (V)
Britta Bang (V)
Henrik Qvist (Ø)

Også implicit er forebyggelse og sundhedsfremme blevet en del af psykiatriplanen. Det kom til at danne grundlaget for det midlertidige politiske udvalg på psykiatriområdet, der i forbindelse med realiseringen af psykiatriplanen fra 1. april 2008 – 30. marts 2009 primært skulle beskæftige sig med:

- Anvendelse af ny teknologi i forbindelse med psykiatrisk udredning og behandling
- Samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren.

– Når det især er shared care og telemedicin, der er i fokus, handler det om, at vi her med kort virkning kan hente nogle positive muligheder og gøre en forskel for de psykisk syge, forklarede Anna Marie Touborg, da udvalgets rapport blev vedtaget i Region Midtjyllands regionsråd den 29. april 2009. Touborg var formand for begge de midlertidige udvalg på psykiatriområdet.

Visioner for det fremtidige arbejde

Det år, udvalget havde til at lave sin strategi, blev ikke blot brugt til at holde møder, men også til at gentage nogle af de gode

erfaringer fra arbejdet med psykiatriplanen. Selvom udvalgets medlemmer var enige om, at der var for lidt politik i deres udvalgsarbejde – de var simpelthen for enige – gik de til det med krum hals, og blev især inspireret af de fagpersoner fra både psykiatrien og praksissektoren, som sammen med pårørende foreningen De9 blev involveret i det arbejde, der synes at repræsentere en fremtidsvision for psykiatrien.

Visionen er, at man med tiden skal kunne behandle patienter via en videoskærm, og at de praktiserende læger kan få hjælp til at stille en diagnose via sms eller e-mail. Med inspiration fra en studietur til Canada i samarbejde med Danske Regioner og flere møder med psykiater Davor Mucic blev udvalgets syv politikere overbeviste om, at fremtiden allerede nu er i fuld gang. – Vi fik et indtryk af, at vi ikke kan lade det ligge. Vi skal i gang nu og her, fortalte Anna Marie Touborg.

To inspirationskonferencer

Der blev endvidere afholdt to inspirationskonferencer, som var med til at danne fun-

damentet for den rapport og de anbefalinger, der som resultat af udvalgets arbejde blev forelagt Regionsrådet i april 2009. På inspirationskonferencen om brugen af ny teknologi fik udvalget via videokonference ekspertbistand direkte fra Tromsø i Norge. Her holder Nasjonalt Senter for Telemedisin til. Et center der både i behandlingen og forebyggelsen af psykisk sygdom er langt fremme i brugen af telepsykiatri.

Udvalget anbefaler

Udvalget fremkom med en række anbefalinger, hvis fælles mål er at give behandlingen af de psykisk syge et løft til sikring af en tidlig indsats til gavn for de psykisk syge.

Shared care – Der skal sættes på shared care, eller samarbejdet med praksissektoren.

Opdatering af praksis.dk

De anbefalinger der allerede er igangsat omfatter en udbygning af informationen

til de praktiserende læger og speciallæger. Praksis.dk er den hjemmeside de praktiserende læger/speciallæger bruger, når de skal hente information, retningslinjer og henvisninger. Ved at placere den nyeste information og viden om psykiatrien her sikrer Psykiatri og Social, at de praktiserende læger altid er opdateret og opmærksomme på udviklingen inden for psykiatrien.

Patientforløbsprogrammer

En anden anbefaling er udarbejdelsen af patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper i samarbejde med patienterne, de pårørende, praksissektoren og kommunerne. Det første program kommer til at handle om depression og skal iværksættes i løbet af 2010. Dermed skal det bringe psykiatriplanens visioner om forebyggelse og sundhedsfremme ind i et nyt årti. ■

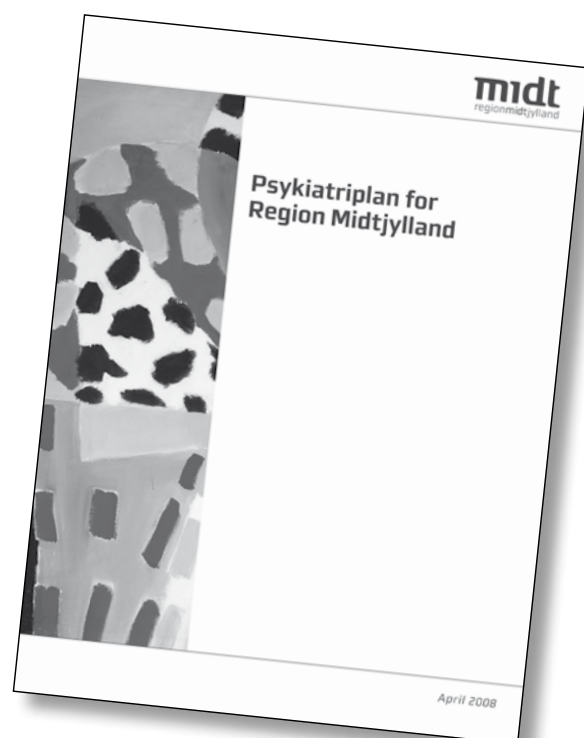


Det er den praktiserende læge, der først møder den psykiatriske patient, og det er her, vi kan forstærke indsatsen, så symptomerne bliver tydet rigtigt, patienten får den rigtige behandling og psykiatrien i Region Midtjylland kan være med til at dele en viden, som lægen kan benytte sig af, så patienten får en bedre og tidligere behandling.

Anna Marie Touborg

LINK

www.rm.dk/files/psykiatriplan/Endelig%20Udgave%20af%20psykiatriplanen.pdf
[Psykiatriplanen]



Screening i et politisk udvalg

■ Tine Andresen, fuldmægtig & Louise Nordvig, sundhedskonsulent,
Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

” – Det er grotesk. Vi indfører et system, hvor vi fortæller kvinder, som tror at de er raske, at de har kræft. Og når vi så stiller diagnosen, kan vi ikke tilbyde kvinden operation før efter en måned, udtaler overlæge Niels Kroman, Rigshospitalet, i Politiken den 11. august 2009. Citatet indkapsler nogle af de problematikker, som følger i kølvandet på screening. Problematikker, der omhandler begrænsede ressourcer i sygehusvæsenet og prioriteringen af disse – og om de følelsesmæssige konsekvenser for den enkelte, der deltager i et screeningsprogram.

HVAD ER SCREENING?

Screening er systematiserede undersøgelser af hele befolkningen eller udvalgte befolkningsgrupper. Mange screeningsprogrammer omhandler tidlig opsporing af symptomer eller forstadier til kræft, men der findes også en række screeningsprogrammer, hvis sigte er opsporing og forebyggelse.

En screeningstest giver ikke med sikkerhed 'det sande svar'. Der vil altid være tvivlsomme fund og gråzoneresultater. Det varierer, hvor sikker en screeningstest er. Derudover er det forskelligt, hvor mange psykiske og fysiske gener, der er forbundet med at få udført en test.

Midlertidigt politisk udvalg vedr. screening

UDVALGETS MEDLEMMER

Ulla Fasting (B) (formand)
Kate Runge (V) (næstformand)
Conny Jensen (A)
Marianne Carøe (A)
Jørgen Nørby (V)
Birgit Jonassen (O)
Ove Nørholm (C)

De mange udfordringer i forbindelse med beslutning om screening førte til nedsættelse af det midlertidige udvalg vedrørende screening i Region Midtjylland. Udvalget, der blev nedsat på regionsrådsmødet den 12. december 2007, har fungeret i perioden

1. januar – 22. juni 2009. Udvalget har i denne periode afholdt fem møder, hvor der var inviteret forskellige af landets eksperter inden for screeningsområdet. Eksperterne har præsenteret deres forskning og viden om området for det politiske udvalg. Center for Folkesundhed har fungeret som sekretariat.

Kommissorium

Formålet med udvalgets arbejde fremgår af kommissoriet: Udvalget har til opgave at udarbejde en betænkning, der skal støtte regionale overvejelser inden for screeningsområdet samt at bidrage til den nationale debat om emnet.

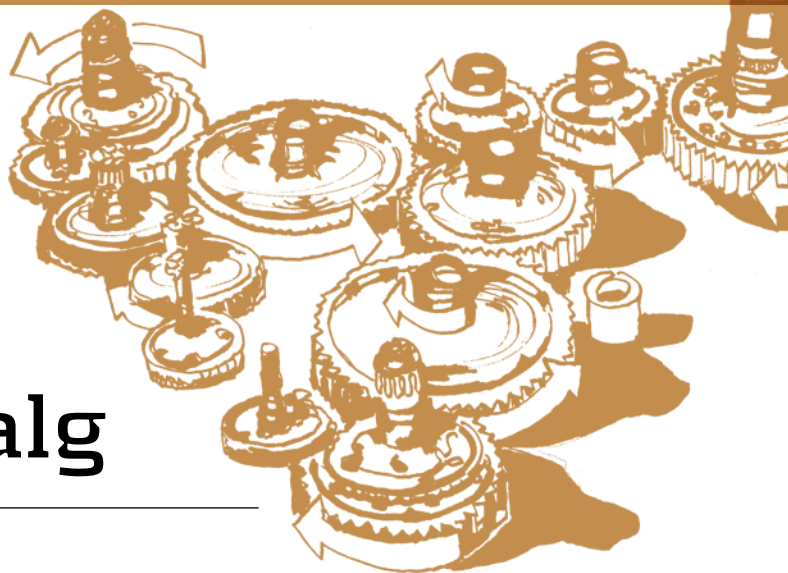
Udvalgets arbejde er mundet ud i en rapport med en række anbefalinger. Rapporten og anbefalingerne er drøftet på

et regionsrådsmøde den 23. september 2009.⁽¹⁾

Anbefalinger – regionale og nationale

Anbefalingerne er delt op i et regionalt og et nationalt perspektiv. På regionalt plan anbefaler udvalget, at Regionsrådet løbende skal orienteres om nye emner vedrørende screening, og at Regionsrådet én gang i valgperioden skal præsenteres for en status på screeningsområdet. Derudover anbefaler udvalget, at Regionsrådet tager initiativ til afholdelse af en national debatkonference om screening i 2010.

På nationalt plan anbefales en systematisk tilgang til overvågning af screeningsområdet med henblik på at sikre et overblik over alle screeningsindsatser i Danmark. Udvalget anbefaler, at der nedsættes et nationalt



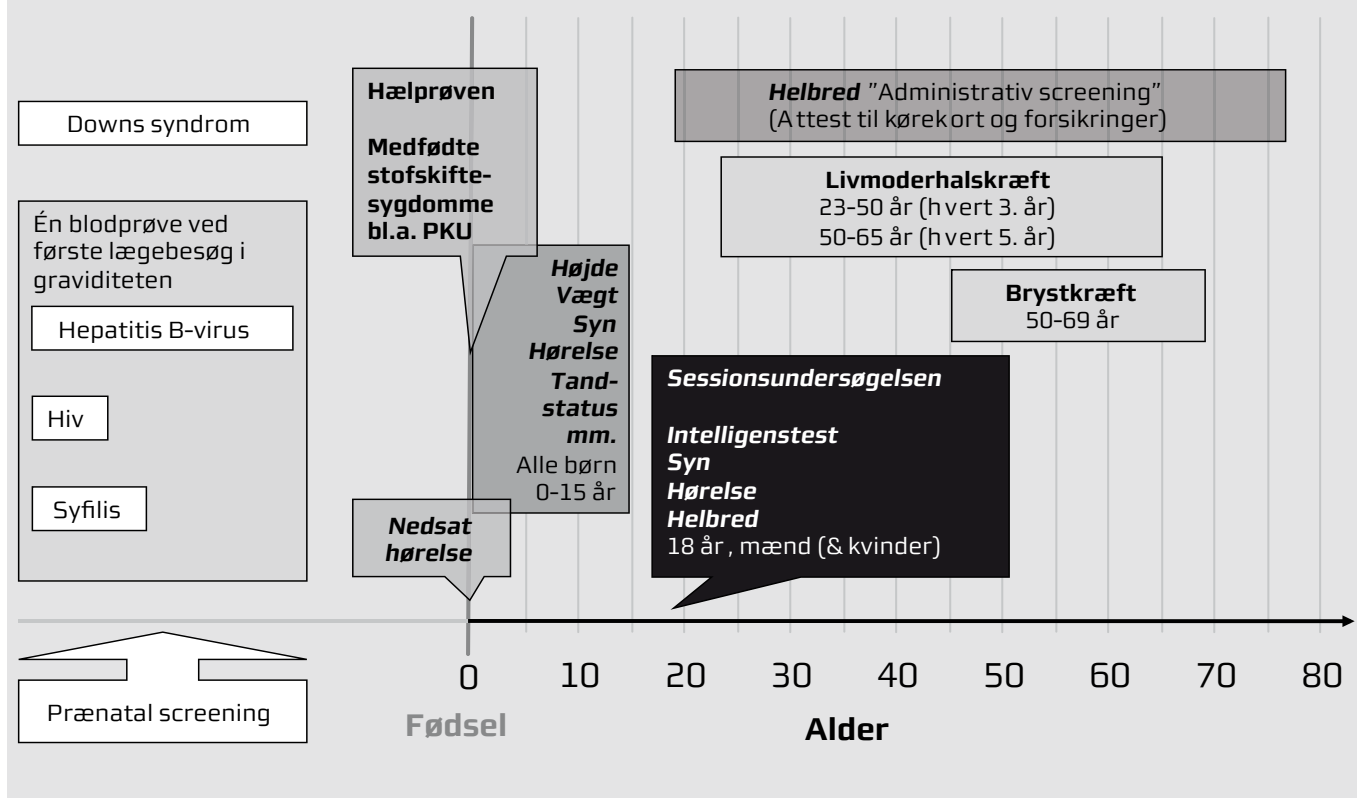


ekspertråd, som skal følge og bidrage til at vurdere relevansen af et givent screeningsprogram. Rådet skal rådgive i forbindelse med overvejelser om nye screeningsinitiativer og afvikling af eksisterende programmer og aktiviteter. Udvalget anfører supplerende, at der er behov for en afklaring af beslutningskompetencen mellem regioner og Sundhedsstyrelsen i forhold til indførelse af nye screeningsprogrammer og løbende vurdering af de eksisterende screeningsprogrammer i Danmark.

Med inspiration fra Finland anbefaler udvalget ydermere, at regering og folketing tager initiativ til udarbejdelse af en paraplylovgivning, som skal omfatte alle eksisterende og kommende screeningsprogrammer i Danmark.

På nationalt plan skal nye screeningsprogrammer vurderes i forhold til en bred forskningsbaseret tilgang med afsæt i WHO's kriterier og Sundhedsstyrelsens supplerende kriterier¹. Nye screeningstiltag skal baseres på evidens og efter imple-

Figur 1: Indførte screeningsprogrammer



Figuren viser hvilke screeningsprogrammer, som i dag tilbydes i Danmark til forskellige aldersgrupper. Sideløbende med de eksisterende landsdækkende screeningsprogrammer er der forsøg med screeningsprogrammer, som - afhængigt af forsøgsresultaterne - overvejes indført i Danmark, eksempelvis screening for tarmkræft og prostatakræft.

mentering systematisk evalueres, fx hvert tredje år.

Eksempel: Screening for brystkræft

Når der screenes for brystkræft finder man tilfælde, som kræver mere udredning. Det skaber ventelister. Nogle erklæres senere for raske, andre følges i længere perioder og atter andre gennemgår et behandlingsforløb. Screeningsprogrammer er ressourcekrævende – økonomisk som menneskeligt. Nogle fageksperter vil anføre, at mange liv reddes på grund af tidlig opsporing af sygdommen. Andre vil helt modsat mene, at screening for brystkræft har så alvorlige konsekvenser for den enkelte kvinde, at det helt modsatte faktisk bliver tilfældet: at screening for brystkræft syggjører flere kvinder end nødvendigt.

Kvalitet og evidens

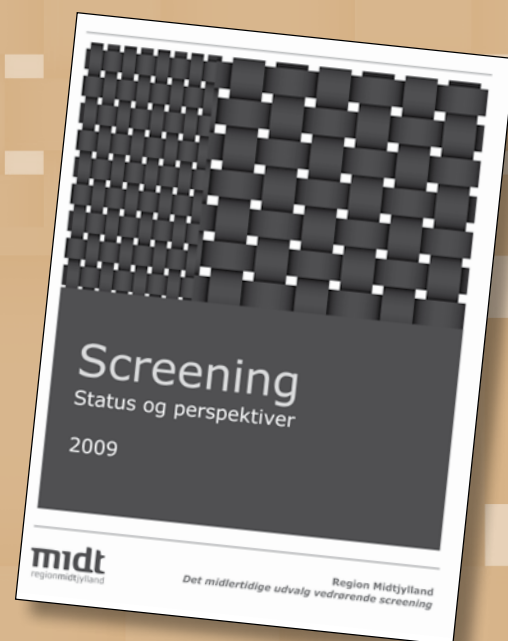
Eksemplet med brystkræft viser, at problemstillinger inden for screeningsområdet ikke løses blot ved, at stemme 'for' eller 'imod'. Det er beslutningstagernes opgave at sikre et besluningsgrundlag, der bygger på sikker viden af høj kvalitet, før der tages beslutning om, hvilke screeningsprogrammer der skal indføres i Danmark. Prioriteringsopgaven er stor.

Før et screeningsprogram videreføres eller en ny screening iværksættes er det endvidere essentielt, at der er åben dialog og gennemsigtighed i debatten om screening, forstået således at de informationer, der tilflyder beslutningstagere og befolkning, bygger på faktuelle og valide evalueringer af gennemførte screeningsprogrammer.

Afrunding

Hvor mange nationale screeningsprogrammer skal der iværksættes i Danmark? Er ressourcerne, som bruges på screening, anvendt på den bedste måde? Og hvordan håndteres de flaskehalse, der opstår i kølvandet på indførslen af et nationalt screeningsprogram?

Disse problemstillinger og mange andre har været drøftet i det politiske udvalg vedrørende screening. Gennem møderækken i foråret 2009 har politikerne i udvalget fået et godt overblik over screeningstiltag i Danmark, fået kendskab til den nyeste forskning på området og en viden om de problematikker, som knytter sig til screening. Næste skridt er at få denne viden sat på den politiske dagsorden både på regionalt og nationalt plan. Første skridt blev taget på Regionsrådets møde den 23. september 2009, hvor politikerne besluttede, hvilke anbefalinger man ønsker at arbejde for en realisering af. ■



NOTE

1. WHO's kriterier samt Sundhedsstyrelsens supplerende kriterier er at finde i publikationen: *Screening - En redegørelse*, udgivet af Det Ethiske Råd i 1999.
Link: http://www.etiskraad.dk/graphics/O3_udgivelser/publikationer/screening/screen/INDEX.HTM

REFERENCE

- [1] Rapporten var bilag til punktet om udvalgets anbefalinger på regionsrådsmødet den 23. september 2009. Kan ses/hentes på Region Midtjyllands hjemmeside:
[www.rm.dk/politik/regionsraadet/moeder/...](http://www.rm.dk/politik/regionsraadet/moeder/)

DET MIDLERTIDIGE UDVALG VEDR.

patientforløb for kræftpatienter

Det er kræftpatienternes samlede sygdomstilstand, der bør være i fokus i forbindelse med planlægning af behandlingsforløb. Der kan med fordel trækkes på erfaringer fra de områder, hvor der i højere grad er tradition for at fokusere på patientens samlede sygdomsbillede. – Det er én af konklusionerne i udvalgets afsluttende rapport.

■ Redaktionen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Udvalgets formål og opgaver

Det midlertidige udvalg vedrørende patientforløb for kræftpatienter fungerede i perioden 1. januar – 30. juni 2008. Udvalget havde til opgave at udarbejde en redegørelse om patientforløb for kræftpatienter i Region Midtjylland med fokus på kvalitet, servicemål og kapacitet. Gennem udvalgsarbejdet skulle en række centrale elementer i patientforløb og indsatser klarlægges, herunder:

- Hvilke konsekvenser har 'pakker'/standardiserede forløb for patienter karakteriseret ved et mere sammensat og komplekst sygdomsbillede?
- Kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats.
- Patienternes oplevelse af, om der er sammenhæng i forløbet, og om de føler sig velinformeret.

Udvalgets arbejdsform

I arbejdsperioden har der været afholdt fem møder samt et besøg på Rigshospitalet. På møderne, der blev afviklet rundt på regionshospitalerne og på Hospice Djursland, blev udvalgets medlemmer præsenteret for de forskellige faser i et patientforløb: henvisning, udredning, behandling, opfølgning

og palliation. Relevante fagpersoner deltog med oplæg og bidrog til kvalificering af drøftelserne. Udvalget blev sekretariatsbetjent af Kvalitet og Sundhedsdata i samarbejde med Sundhedsplanlægning.

Udvalgets anbefalinger

Udvalget giver sin store anerkendelse til det dedikerede personale, som medvirker i regionens kræftbehandling. Praksissektor og hospitalssektor tilbyder nu patienterne en mere sammenhængende koordineret indsats gennem hele udrednings- og behandlingsforløbet. Specielt fremhæves, at indførelsen af pakkeforløb med anvendelse af forløbskoordinatorer har samlet indsatsen på tværs. Udvalget anførte i afrapporteringen, at det i dets virkeperiode var for tidligt at drage konklusioner vedrørende de fulde konsekvenser af pakkeforløbene, idet der fortsat arbejdes med implementeringen heraf – og flere pakkeforløb er undervejs.

En samlet koordineret indsats

Indsatsen på kræftområdet bør fungere som en samlet indsats, hvor de fungerende enheder samarbejder og sikrer en optimal afvikling vedr. undersøgelser, diagnostik og behandling. En forløbskoordinator kan sikre både fremdrift og koordination i patientforløbene, samt at patienterne får information, vejledning og støtte under udredningsforløbet.

- Udvalget anbefaler, at alle hospitalerne i Region Midtjylland indarbejder forløbskoordinatorfunktionen i alle pakkeforløb.

Kræft som kronisk sygdom

Kræft betragtes i dag som en kronisk sygdom. Mange kræftpatienter lider desuden af flere sygdomme, hvilket komplicerer behandlingen og stiller særlige krav til sammenhæng i indsatserne i sundhedsvæsenet.

- Udvalget anbefaler, at det nøje overvejes, om der er behov og mulighed for at sammensætte multidisciplinære teams omkring kræftpatienter med andre alvorlige sygdomme.

Fokus på almen praksis

Det er udvalgets opfattelse – i tråd med visionerne for regionens indsats på kronikerområdet – at almen praksis potentielt kan spille en større rolle i patientforløb på kræftområdet. Målet er større patienttilfredshed og færre ambulatoriebesøg pr. færdigbehandlet patient. Regionshospitalet i Viborg og Cancer i Praksis samarbejder bl.a. om udviklingen af en model for shared care for prostatakræft, hvor almen praksis involveres mere aktivt i opfølgningen efter endt hospitalsbehandling.

- Udvalget anbefaler, at det undersøges om almen praksis fremadrettet kan varetage nogle af de efterfølgende kontroller efter endt behandling inden for de forskellige kræftområder, samt undersøges hvorledes almen praksis' rolle som tovholder bedre kan udnyttes i kræftforløbene. ■

UDVALGETS MEDLEMMER

Leif Mørck (A) (formand)
Olav Nørgaard (V) (næstformand)
Conny Jensen (A)
Marianne Carøe (A)
Ulla Diderichsen (V)
Jette Skive (O)
Ove Nørholm (C)

LINK

www.rm.dk/politik/udvalg/udvalg+2008

DET MIDLERTIDIGE UDVALG VEDR.

forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser

I Region Midtjylland er det ønsket at skabe den bedst mulige sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske lidelser. Dette skal bl.a. ske gennem forbedrede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser.

■ Ditte Rask Rasmussen, AC-fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Det midlertidige udvalg vedr. forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er nedsat i henhold til beslutning på møde i Regionsrådet den 12. december 2007 og skal fungere i perioden 1. januar – 31. december 2009.

Udvalgets formål og opgaver

Ultimo 2007 vedtog Regionsrådet en samlet mål- og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Mål- og handleplanen beskriver dels en række konkrete initiativer og dels en række indsatsområder i Region Midtjylland i forhold til arbejdet på kronikerområdet.¹

Forebyggelse af kronisk sygdom indgår også som et væsentligt element i planen, idet det er hensigten at understøtte mulighederne for en øget grad af egenomsorg hos borgere med en kronisk lidelse.

Som anført i kommissoriet for udvalget indebærer gennemførelsen af en forbedret kronikerindsats implementering af en række konkrete initiativer, men det indebærer også, at der arbejdes med holdninger, kompetencer og arbejdsformer i det samlede sundhedsvæsen; dvs. både på hospitaler, i praksissektoren og i den kommunale del af sundhedsvæsenet.

Opgaven for det midlertidige udvalg vedr. forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser er at understøtte arbejdet med implementeringen af mål- og handleplanen

som helhed og de enkelte initiativer inden for planens rammer. Udvalget sekretariatsbetjenes af Regionalt Sundhedssamarbejde.

Arbejdsform

– temamøder, besøgsrunde

I løbet af udvalgets arbejdsperiode har der været afholdt en række temamøder. Det har ikke været udvalgets hensigt, at der skulle afholdes temamøder omkring alle de indsatser, der peges på i mål- og handleplanen, men møderækken har været bygget op, så udvalget har fået mulighed for at besøge

UDVALGETS MEDLEMMER

Aage Koch-Jensen (C), formand
Britta Bang (V), næstformand
Ernst Greve (A)
Conny Jensen (A)
Laila Munk Sørensen (A)
Alice Espeholt (V)
Tove Videbæk (C)



nogle af de steder rundt om i regionen, hvor man arbejder og har gode resultater med forskellige tilgange til en indsats for mennesker med kroniske sygdomme.

Udvalgets medlemmer har således under besøgsrunden indhentet viden om de konkrete indsatsers indhold og organisering, ligesom de har kunnet drøfte emnerne med de fagfolk, der til dagligt beskæftiger sig med området.

Temamøderne er fulgt op af drøftelser på ordinære udvalgsmøder med henblik på at få formuleret anbefalinger til forbedrede indsatser for borgere med kroniske lidelser.

Afholdt konference

Som led i udvalgsarbejdet har der i regi af Sundhedskoordinationsudvalget og det midlertidige udvalg været afholdt en konference omkring indsatsen for borgere med kroniske lidelser. Opdraget til konferencen var, at man i Region Midtjylland ønsker at skabe den bedst mulige sundhed og livskvalitet for borgere med kroniske lidelser, og at dette skal ske gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats.

På den baggrund var mere end 175 fagpersoner, embedsmænd og politikere samlet til konferencen "Kroniske udfordringer på sundhedsområdet", der blev afholdt den 12. marts 2009 i Herning Kongrescenter.

Konferencens formål var at formidle om den igangværende indsats vedrørende kronisk sygdom i Region Midtjylland og samtidigt sætte fokus på behovet for en koordinerende indsats, såfremt målsætningerne på området skal kunne indfries.

Udvalgets fokusområder

Udvalget har i dets arbejde udvalgt fem

områder, hvorpå der har været sat særligt fokus. Det er alle områder, der dækker bredt inden for kronikerstrategien.

Sundhedscentre

I forbindelse med temaet omkring sundhedscentre har udvalget besøgt Randers Sundhedscenter. Sundhedscentret har med deres fokusering på en bred borgerrettet forebyggelse – opbygget efter 'vugge til grav-princippet' – i deres arbejde valgt måltøret at forbinde kommunens sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Mange borgerrettede tilbud er allerede opbygget, og Randers Sundhedscenter afvikler herudover kurser for praktiserende læger, ligesom de har et veletableret samarbejde med Regionshospitalet Randers.

Under udvalgets besøg på sundhedscentret blev politikerne præsenteret for nogle af de tiltag, der er etableret i forhold til kommunens kronisk syge borgere, bl.a. rehabiliteringsforløb inden for KOL-, hjerte- og kræftområdet, forløbskoordination på kræftområdet og forløbskoordination på senhjerneskadeområdet.

Telemedicin

Grundlæggende handler telemedicin om, at sundhedsydelse ved hjælp af teknologi kan overføres over afstande. Telemedicin er et område i stor udvikling i disse år, og der er et stort potentiale i forhold til kronikerindsatsen. Udvalget har på den baggrund fået en overordnet præsentation af telemedicin og en mere konkret introduktion til nogle af de projekter, der er i gang på området såvel regionalt som nationalt.

Egenbehandling og egenomsorg

Inden for området egenbehandling og egenomsorg blev der sat fokus på *selvstyret AK-behandling*. På den baggrund besøgte

udvalget AK-centret på Århus Universitetshospital, Skejby. På AK-Centret er en af de primære opgaver oplæring og vejledning af patienter i selvstyret antikoagulationsbehandling (AK-behandling), der er en medicinsk behandling, der nedsætter blodets evne til at størkne. 'Selvstyret' betyder, at patienterne efter en oplæringsperiode selv udfører blodprøveanalyse i hjemmet og selv doserer den medicinske behandling. Fordele ved selvstyret AK-behandling er mange, og det er et koncept, som man sagtens kan forestille sig anvendt i forhold til andre sygdomme som fx KOL, diabetes, hjertesvigt eller for højt blodtryk.

Patientuddannelse

Lærings- og mestringskonceptet var omdrejningspunktet for udvalgets tema omkring patientuddannelse. De seks kommuner i Vestklyngen har igennem længere tid arbejdet med læring og mestring, og udvalget blev præsenteret for Holstebro Kommunes arbejde med konceptet på Holstebro Sundhedscenter. Præsentationen omhandlede selve konceptet, ligesom også samarbejdet med Regionshospitalet Holstebro blev skitseret.

"Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser" er et uddannelseskoncept udviklet og afprøvet af Center for Folkesundheds sundhedsfremme- og forebyggelsesafdeling i Regionshuset Holstebro. Erfarne patienter arbejder her sammen med fagpersoner om at planlægge, gennemføre og evaluere uddannelser til borgere med kroniske lidelser. Der bliver tilbudt lærings- og mestringsuddannelser både på tværs af diagnoser og specifikt til mennesker med type 2 diabetes, KOL-sygdomme og hjertekarsygdomme. Projektet omfatter patientuddannelsesstilbud i hospitalsregi og i kommunerne i regionens vestlige del (Vestklyngen).

Forløbsprogrammer

Et af de store fokusområder inden for kronikerindsatsen i Region Midtjylland er implementeringen af forløbsprogrammer. I foråret 2009 blev tre forløbsprogrammer for henholdsvis KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom politisk godkendt i Regionsrådet.

De tre programmer står nu over for at skulle implementeres, og da en af udvalgets opgaver er at understøtte denne proces i regionalt regi, er udvalget blevet præsenteret for implementeringen af forløbsprogrammet for KOL i Horsensklyngen, hvor man allerede er rigtig godt i gang. Grunden til at man er så langt her er, at det regionale KOL-forløbsprogram bygger på et program, der er udviklet

i det tidligere Vejle Amt, og det er med udgangspunkt i dette, at man er påbegyndt implementeringen. Det samme gør sig gældende i Vestklyngen og i Viborgklyngen.

Synliggørelse af kronikerindsatsen

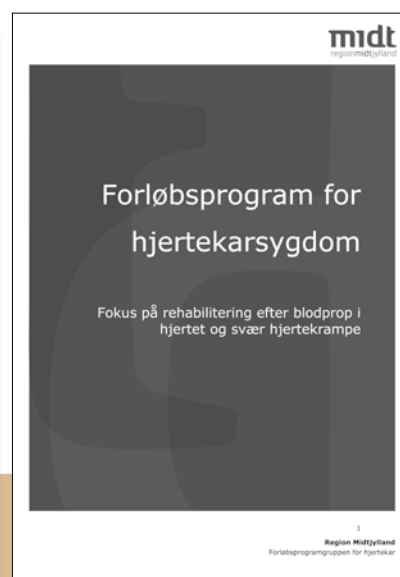
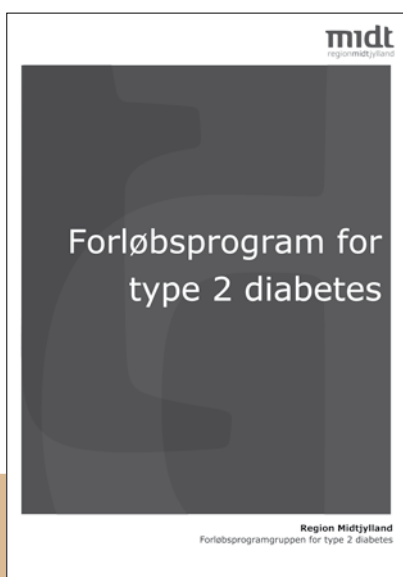
Samlet set er der behov for en bred politisk, faglig og ledelsesmæssig opbakning i forhold til kronikerindsatsen i Region Midtjylland, og det politiske fokus på området har derfor central betydning. I den sammenhæng spiller det bl.a. en vigtig rolle, at indsatsen synliggøres i den offentlige debat.

Gennem sit arbejde har det midlertidige udvalg medvirket til at sætte fokus på nogle af de indsatsområder, der arbejdes med i

forhold til borgere med kroniske lidelser i regionen. Udvalgets overvejelser og anbefalinger, der løbende er blevet forelagt Regionsrådet, har ikke kun kvalificeret de politiske drøftelser og den politiske beslutningstagning, men er også med til at sikre et godt fundament for det videre politiske arbejde – for såvel det nuværende som det kommende regionsråd. ■

NOTE

1. Planen *Kronisk sygdom – Vision og strategi for en bedre indsats* blev godkendt af Regionsrådet den 14. november 2007. Planen samt den udarbejdede "Kort og godt"-version kan ses og downloades på Region Midtjyllands hjemmeside: www.regionmidtjylland.dk/sundhed/kronisk+sygdom



FORLØBSPROGRAMMER FOR KRONISKE SYGDOMME

Repræsentanter fra hospitaler, almen praksis og kommuner i Region Midtjylland har i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom.

Forløbsprogrammerne var i efteråret 2008 i faglig høring og i første halvår af 2009 har de gennemgået en administrativ og politisk godkendelsesproces i både region og kommuner. Regionsrådet har på sit møde den 29. april 2009 godkendt forløbsprogrammerne.

Alle forløbsprogrammer – samt de i tillæg udarbejdede resumeer og kliniske retningslinjer – kan ses og hentes på Region Midtjyllands hjemmeside (se note 1).

DET MIDLERTIDIGE UDVALG VEDR.

Den Danske Kvalitetsmodel

- et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet. Modellen skønnes at få konsekvenser af bred betydning for hospitalerne, både i måden at arbejde med kvalitet på og i den almindelige drift.

■ Redaktionen, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

UDVALGETS MEDLEMMER

Ulla Diderichsen (V) (formand)
Henning Jensen (A) (næstformand)
Anders Kühnau (A)
Marianne Carøe (A)
Olav Nørgaard (V)
Preben Andersen (V)
Ulla Fasting (B)

Regionsrådet vedtog i december 2007 at nedsætte et midlertidigt udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel med funktionsperiode 1. januar – 31. december 2009.

Udvalgets formål og opgave

Udvalget skal fungere som en følgegruppe, der får detaljeret indblik i Den Danske Kvalitetsmodel og følger implementeringen heraf på hospitalerne. Kvalitet og Sundhedsdata sekretariatsbetjener udvalget.

Arbejdsform og afrapportering

Det midlertidige udvalg skal rådgive administrationen om dels de væsentlige beslutninger, der skal tages i forbindelse med implementeringen af modellen på regionens hospitaler, dels i forbindelse med drøftelser af modellen og dens konsekvenser på nationalt plan. Til støtte for Regionsrådets drøftelser og beslutninger skal udvalgets overvejelser og eventuelle anbefalinger løbende forelægges Regionsrådet.

Den Danske Kvalitetsmodel

Ideen om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, blev født midt i 1990'erne, da der kom fokus

på negative historier om det danske sundhedsvæsen. Medierne fortalte om fejloperationer, kræftoverdødelighed, sygehusinfektioner og dårlig kommunikation mellem sektorerne. Det blev klart, at der var brug for at arbejde endnu mere med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

I 2005 etablerede man Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, som har adresse i Århus. Instituttet fik til opgave at stå for den praktiske planlægning og udvikling af kvalitetsmodellen. IKAS er ledet af en bestyrelse, som består af de parter, der i dag står bag DDKM, nemlig staten, regionerne, kommunerne og Dansk Erhverv. Det er vedtaget, at Den Danske Kvalitetsmodel skal leve op til international standard, og første version af DDKM for sygehuse er derfor godkendt af International Society of Quality in Healthcare, ISQua – den internationale akkrediteringsorganisation på sundhedsområdet.

DDKM skal:

- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling
- inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- forebygge at den dybe kvalitetstallerken skal opfindes forfra hver gang
- gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden

- forebygge fejl som koster liv, livskvalitet og ressourcer.

Kvalitetsmodellen bygger på akkreditering: måling og vurdering af hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af standarder.

Deltagelse i DDKM er obligatorisk for offentlige sygehuse og for de private sygehuse, som udfører ydelser for offentlige midler. De danske apoteker deltager allerede i DDKM ligesom en række kommuner. ■



MANDAG DEN 17. AUGUST 2009

Var den officielle startdag for Den Danske Kvalitetsmodel på landets hospitaler. Hermed blev det nationale og tværgående kvalitetsudviklingsarbejde om en række standarder for sundhedsvæsenet for alvor igangsat.

Sundhedsdirektør i Region Midtjylland, Leif Vestergaard Pedersen udtalte i den anledning: Mange af vores medarbejdere i både somatikken og psykiatrien har allerede gjort et godt forarbejde med Kvalitetsmodellen. Nu kommer en periode med vurderinger, handleplaner og afrapporteringer. Jeg er ikke i tvivl om, at arbejdet vil give en bedre kvalitet i behandlingen af vores borgere, og at regionens hospitaler vil blive akkrediteret.

KILDE:

<http://intranet.rm.dk/aktuelt/midt+info>, 14-08-2009 samt www.ikas.dk

Snart penge til Region Midtjyllands forstærkede indsats for *patienter med kronisk sygdom*

■ Birgitte Haahr, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udsendte midt i sommerferien en indkaldelse af ansøgninger til puljen vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom med deadline for indsendelse den 1. oktober 2009.

Siden er det gået stærkt. Da en forstærket indsats over for patienter med kronisk sygdom forudsætter samarbejde mellem kommune, almen praksis og hospital, har der så vidt muligt inden for den korte tidsfrist været en god dialog mellem de tre sektorer og administrationen om konkrete indsatser og projekter, der søges puljepenge til. Der er holdt møde mellem kommunerne, almen praksis og det optagende hospital i alle klyngestyregrupper, hvor hospitalets og kommunernes projektforslag er blevet koordineret i det omfang, det lod sig gøre inden for ansøgningsfristen.

To ansøgninger om puljemidler

Region Midtjyllands ansøgninger retter sig mod to puljer: Puljen for forløbsprogrammer og Puljen for patientundervisning og egenbehandling. Der ansøges om et samlet beløb på knap 82 mio. kr., svarende til regionens bloktilskudsnøgle. Begge ansøgninger tager udgangspunkt i kronikerindsatsen i Region Midtjylland, som beskrevet i planen "Kronisk sygdom – Vision og Strategi for en bedre indsats" (jf. også artiklen side 21 ff.). Planen blev vedtaget af Regionsrådet i oktober 2007. Initiativerne

relaterer sig også direkte til de vedtagne forløbsprogrammer for hjertekarsygdom, KOL og type 2 diabetes. Desuden ansøges om støtte til arbejdet med at udvikle forløbsprogrammet for muskelskeletområdet. Der fokuseres på initiativer, som støtter implementeringen af forløbsprogrammerne på tværs af sektorer, og den forandringsproces som dette samarbejde fordrer. Desuden vil Region Midtjylland gerne understøtte, at implementeringen af forløbsprogrammerne sættes i gang i alle klynger i regionen.

Ansøgningerne er den 30. september indsendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med forbehold for Regionsrådets senere godkendelse i oktober 2009. Man kan se Region Midtjyllands ansøgninger til kronikerpuljen på hjemmesiden: www.regionmidtjylland.dk.

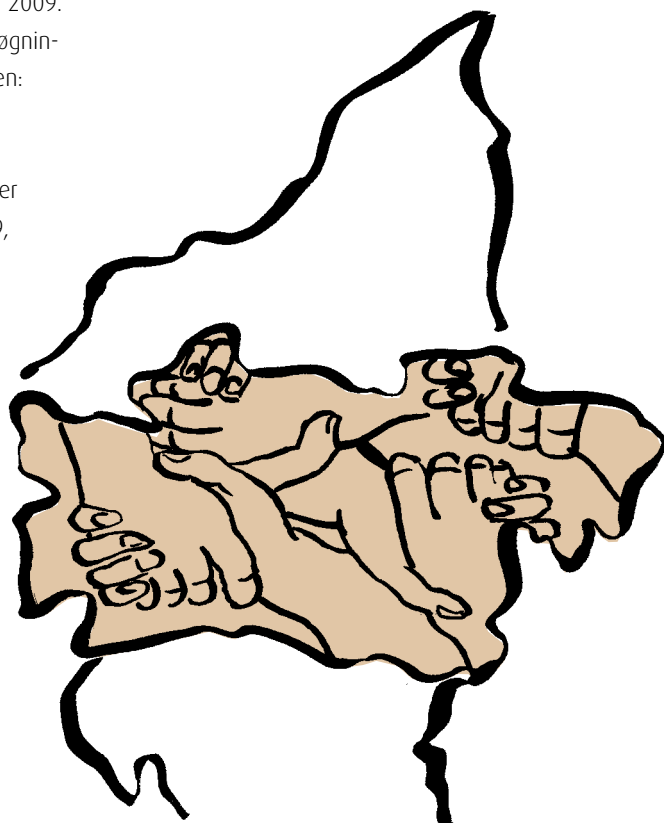
Ministeriets svar på de to ansøgninger forventes senest 10. december 2009, og primo 2010 kan regionen forhåbentlig gå i gang med de indsatser, der er beskrevet i ansøgningerne.

En kronikerindsats til gavn for den enkelte patient

Regionens samlede indsats skal føre til, at patienter, der lider af kronisk sygdom, får en bedre og mere sammenhængende hjælp end i dag. Det er et særligt fokus,

at patienterne også bliver understøttet i deres evne til at mestre livet med en kronisk sygdom. Et ændret samarbejde og en arbejdsdeling på tværs af sektorer forventes også at føre til, at ressourcerne udnyttes bedre i det samlede sundhedsvæsen.

Regionen vil i de kommende år arbejde struktureret med at evaluere, om rækken af indsatser fører til de forventede resultater. ■



Uddannelse af sundhedsambassadører – *et regionalt-kommunalt samarbejde*

Uddannede sundhedsambassadører sikrer, at sundhedsfremme og forebyggelse medindtænkes i alle facetter af den daglige opgavevaretagelse i kommunerne – til gavn for borgere og patienter.

■ Doris Nørgård, leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse Holstebro, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Uddannelsen bygger på et uddannelseskonspekt udviklet af Center for Folkesundhed i samarbejde med kommunerne i det gamle Ringkjøbing Amt i forbindelse med gennemførelsen af kommunalreformen i 2007. Kommunerne havde et ønske om, at den viden som fandtes i amtet om sundhedsfremme og forebyggelse blev kanaliseret ud i kommunerne i forbindelse med, at de fra 1. januar 2007 skulle have hovedansvaret for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse og et medansvar for den patientrettede.

Udvikling af et uddannelseskonspekt

I et samarbejde mellem Center for Folkesundhed i Region Midtjylland og Randers Kommune, herunder Randers Sundheds-

center, er der udviklet og gennemført en uddannelse til sundhedsambassadør for kommunale ledere og medarbejdere fra forskellige forvaltningsområder.

Formålet var at uddanne sundhedsambassadører, hvis opgave er at være med til at føre Randers Kommunes sundhedspolitik ud i livet og være lokal samarbejdspartner for Randers Sundhedscenter i arbejdet med at styrke kommunens sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for borgerne. Med udgangspunkt i Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommune*, kommunens sundhedspolitik og sundhedscentrets opfattelse af, hvilke kompetencer en sundhedsambassadør bør have, blev det oprindelige uddannelseskonspekt tilrettet.

Uddannelsens indhold

Uddannelsen består af 6 moduler af tre dages varighed og strækker sig over knapt et år. I modulerne fokuseres der på:

- sundhed og trivsel
- metoder i arbejdet med sundhed og trivsel
- forebyggelse
- samarbejde – sundhed et fælles ansvar
- den sunde arbejdsplads
- sundhedsambassadørens opgaver og rolle.

emne med tilknytning til sundhedspolitikken. Erfaringer fra projektarbejdet præsenteres på en fælles temadag et år efter uddannelsens afslutning. Efter endt uddannelse fortsætter arbejdet i projektgrupperne.

Uddannelsen kvalificerer deltagerne til at varetage følgende sundhedsambassadøropgaver:

- At omsætte sundhedspolitikken i organisationen, i samarbejder og i praksis
- At udbrede viden om folkesundhed til borgere og øvrige medarbejdere
- At motivere kolleger til at tænke sundhed ind i alle daglige opgaver
- At være bindeled mellem sundhedsteamet og resten af kommunens 9.000 medarbejdere inden for det sundhedsfremmende arbejde
- At afdække behov for sundhedsfremme og forebyggelse
- At tage initiativ til at igangsætte, gennemføre og evaluere sundhedsfremmende processer
- At holde sig ajour med ny viden, nationale og regionale initiativer på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet og udviklingen i kommunerne
- At samarbejde med ledelsen om at skabe forudsætninger for en udvikling af sundhedsfremme og forebyggelse i organisationen internt og eksternt.

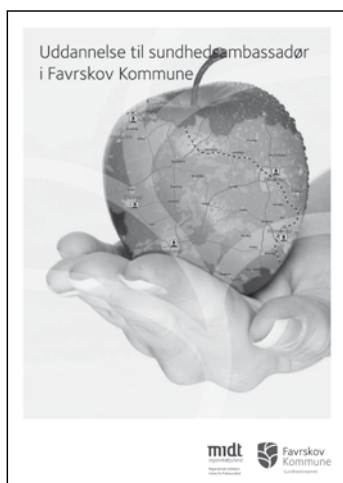
Uddannede sundhedsambassadører – og flere på vej

Der er i skrivende stund uddannet 43 sundhedsambassadører, som i deres daglige



Randers Kommune har været foregangskommune i udviklingen af sundhedsambassadørkonceptet. Siden har Favrskov Kommune fulgt op og efterfølges nu af Silkeborg Kommune. De udviklede uddannelseskonspekter kan ses på Center for Folkesundhed hjemmeside: www.centerforfolkesundhed.dk.

Perioden mellem modulerne anvendes til selvstudier i relevant litteratur og til at omsætte undervisningen i praksis. Deltagerne arbejder under uddannelsen i projektgrupper på tværs af forvaltningerne med et selvvalgt



arbejde aktivt arbejder med at sætte fokus på relevante dele af sundhedspolitikken. Næste hold sundhedsambassadører går i gang med uddannelsen i starten af oktober 2009.

Et eksempel til efterfølgelse

Sundhedsambassadøruddannelsen i Randers Kommune har bredt sig til andre kommuner i Region Midtjylland. Således har Favrskov Kommune taget bolden op og har i samarbejde med Center for Folkesundhed udviklet en sundhedsambassadøruddannelse af en kortere varighed. Her er målet i første omgang at uddanne sundhedsambassadører til børn og ungeområdet. Det er planen, at kommunen vil have en sundhedsambassadør på hver daginstitution og hver skole med følgende opgaver:

- At medvirke til at omsætte sundhedspolitikken i praksis
- At medvirke til at motivere kolleger til at tænke sundhed ind i den daglige praksis
- At identificere behov for og medvirke til at tage initiativ til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Det er hensigten, at der senere skal uddannes sundhedsambassadører til andre af kommunens borgerrettede områder.

Lige nu arbejder Center for Folkesundhed sammen med Silkeborg Kommune om en sundhedsambassadøruddannelse, som tager afsæt i Silkeborg Kommunes sundhedspolitik og handleplaner. ■

2. generations-SUNDHEDSAFTALER

Region Midtjylland og kommunerne skal til at påbegynde arbejdet med udarbejdelse af 2. generation af sundhedsaftalerne.

■ Redaktionen, Center for Fokesundhed, Region Midtjylland

Den generelle sundhedsaftale

– obligatoriske emner

I det seneste udkast til bekendtgørelse (september 2009) specificeres de emner, der skal indgå i den generelle sundhedsaftale:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser
- Opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser.

Bekendtgørelsen åbner desuden mulighed for, at der kan indgås sundhedsaftaler på andre områder, ligesom vejledningen åbner op for, at Sundhedskoordinationsudvalget kan beslutte formen på sundhedsaftalerne, dog således at den valgte form ikke varierer inden for den enkelte region. Det giver mulighed for at dele sundhedsaftalerne op i:

- 1) En politisk del, hvori de overordnede målsætninger beskrives
- 2) En administrativ del, hvori samarbejdet mellem de tre sektorer beskrives mere konkret.

Tilvalgte emneområder

Region Midtjylland foreslår, at der ud over de obligatoriske emner indgår følgende:

- Der skal være konvergens mellem sundhedsaftalerne og Den Danske Kvalitetsmodel (overgange).
- Sundhedsaftalernes effekter skal i højere grad være målbare. Dette foreslås gjort på tre områder: patientens oplevelse af indsatsen, populationens sundhedstilstand og økonomi.
- De frivillige aftaler: økonomi, it, børn, unge og gravide, kronikerindsats, MRSA [Methicillin-resistente staphylococcus aureus], hjerneskade etc.

Tidsplan

Primo januar 2010 indkaldes formandskabene for temagrupperne til drøftelse af og inspiration til udarbejdelse af 2. generations-sundhedsaftalen (den generelle). Og fra januar til medio marts 2010 udarbejder temagrupperne udkast til aftaleindhold (udkast til den generelle sundhedsaftale). ■



Konference

Sociale forskelle i sundhed

Tirsdag den 20. oktober 2009, Kl. 09:00 – 16:00
Radisson SAS Scandinavia Hotel, Aarhus C

Region Midtjylland tager problemet med sociale forskelle i sundhed alvorligt. For det er ikke nok, at fagfolkene interesserer sig for området. Problemet kræver også politisk handling. Derfor nedsatte regionen et midlertidigt politisk udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed – og derfor bliver der afholdt en konference.

Emner på konferencen

- Præsentation af udvalget og rapporten vedrørende sociale forskelle i sundhed
- Hvilke planer har Sundhedsstyrelsen vedrørende sociale forskelle i sundhed?
- Sociale forskelle i sundhed – hvordan ser det ud i Region Midtjylland?
- En politik for social ulighed i sundhed – hvad kan vi lære af andre lande?
- Lighed i sundhed: Hvis ansvar og hvorfor? Økonomiske, politiske og etiske perspektiver

Se: www.centerforfolkesundhed.dk

DELTAG I DEBATTEN på www.dagensmedicin.dk/blog/ulighed

Op til konferencen har Region Midtjylland og Dagens Medicin indgået samarbejde om en ny blog: Den lige sundhed

Bloggerne er

Lars Foged, praktiserende læge, Skjern

Kjeld Møller Pedersen, professor, Forskningsenheden for Sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet

Susanne Oksbjerg Dalton, seniorforsker, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse

Morten Sodemann, overlæge, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital/Syddansk Universitet

Preben Brandt, formand for Rådet for Socialt Udsatte og leder af Projekt Udenfor

Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed

