

VI VIL REDUCERE ANDELEN AF OVERVÆGTIGE BØRN

Prioritering	Navn på indsats	Hvilken målsætning(er) indsatsen/indsatsområdet retter sig i mod	Beskrivelse af indsatsen/indsatsområdet	Beskrivelse af, hvornår indsatsen/indsatsområdet mest hensigtsmæssigt udvikles i aftaleperioden	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at indsatsen/indsatsområdet kræver (fx i tid, involverede fagpersoner, monitorering etc.)	Evt. bemærkninger med relevans for DAK's drøftelse	Evt. bemærkninger med relevans for følgegruppens behandling
Videreførelse af nuværende indsats	<b>Forsat fokus på implementering af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL</b>	Reduktion af antallet akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 pr. 1000 KOL-patient	Der er i regi af følgegruppen for forebyggelse udarbejdet forløbsprogram for mennesker med KOL. SKU godkendte forløbsprogrammet den 28. februar 2017. Programmet er herefter blevet implementeret via de somatiske samordningsfora.  I 2017 var der 450,6 akutte indlæggelser per 1.000 KOL-patienter i Region Syddanmark. Der er store udsving mellem kommunerne i antallet af indlæggelser. Nogle kommuner ligger allerede idag under måltallet, imens andre ligger over.	Hele aftaleperioden	Implementeringsarbejdet ligger i SOF'erne.		Input fra PSOF Vestjylland, SOF Sønderjylland
Videreførelse af nuværende indsats	<b>Implementering af det nationale projekt telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL</b>	Reduktion af antallet akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 pr. 1000 KOL-patient	Arbejdet med implementering af det nationale projekt om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er under implementering.	Hele aftaleperioden	Arbejdet er forankret i landsdelsprogrammet for KOL i Syddanmark.		Input fra følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin, SOF Lillebælt, SOF Sønderjylland, Billund Kommune
Videreførelse af nuværende indsats	<b>Styrket implementering af "Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med sindslidelser".</b>	Reduktion af antallet akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 pr. 1000 KOL-patient.	KOL indgår i en tæt sammenhæng med livstilsrelaterede sygdomme. Dette gælder særligt for gruppen af psykisk syge borgere, hvor der er særligt mange rygere. Indsatsen vil generelt rette sig mod social ulighed i sundhed. KRAM-faktorer, herunder årsager til KOL, er væsentligt overrepræsenteret hos borgere med psykisk sygdom.  Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med sindslidelser omhandler en undersøgelse af årsagerne til reduceret levetid for borgere med psykisk sygdom, og en strategi og forslag til indsatser for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker, som har psykisk sygdom. Strategien er fra 2012.	I hele aftaleperioden	Det foreslås at nedsætte en arbejdsgruppe, som følger op på og reviderer "Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med KOL"		Input fra PSOF Lillebælt
Ny indsats	<b>Mit tværsektorielle forløb (App)</b>	Reduktion af antallet akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 pr. 1000 KOL-patient	Region Syddanmarks sygehuse anvender app'en "Mitforløb", som samler patienters aftaler, patientinformation mm. på deres mobil eller tablet. Det kan undersøges, om de gode erfaringer med "Mitforløb", kan udbredes i en tværsektoriel kontekst i forhold til KOL. "Mitforløb" kan understøtte patientinddragelse, sammenhængende patientforløb/flow og forebyggelse af indlæggelser.  (Note: "mitforløb" omdøbes til "mitsygehus" pga. rettighedsudfordringer omkring ejerskabet til navnet "mitforløb")	I starten af aftaleperioden	Der vil skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der kan undersøge hvordan og i hvilket omfang app'en kan videreudvikles til en tværsektoriel kontekst.		Input fra følgegruppen for opgaveoverdragelse
Ny indsats	<b>Videreudvikling af Aktiv patientstøtte - KOL</b>	Reduktion af antallet akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 400 pr. 1000 KOL-patient	Videreudvikling af det eksisterende projekt "Aktiv patientstøtte" til en fælles regional og kommunal indsats i form af fælles medarbejdere, indsatser og tilbud. Måltrettet kronikergrupperne herunder KOL.  Det kan undersøges om "Aktiv patientstøtte" med fordel kan udvides, tilpasses og integreres sådan, at indsatsen kan indgå i eller blive en del af en bredere tværsektoriel indsats, sammen med bl.a. hjemmemonitorering til borgere med KOL, patientuddannelse og indsatser fra akutteam, rettet mod kronikerne, som oplever de største sundhedsudfordringer.  Aktiv patientstøtte handler om, at patienter med risiko for et fremtidigt højt forbrug af sundhedsydelse identificeres og tilbydes en særlig telefonbaseret støtte fra en specialuddannet sygeplejerske i en periode. Der er tale om en ikke-klinisk intervention, leveret af specialuddannede sygeplejersker, som coacher patienterne til øget egenomsorg, herunder deres evne til at navigere i sundhedssystemet.  Indsatsen er udviklet af Center for innovativ medicinsk teknologi. Der er en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om at udbrede "Aktiv patientstøtte" nationalt og i stor skala.	Fra starten af 2020, når arbejdet med udvikling af pakkeforløb til patienter med gentagende indlæggelser er godkendt og evt. lægger op til tilstødende indsatser på tværs af sektorer.	Der vil skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der kan videreudvikle indsatsen i relation til en tværsektoriel indsats.	Et arbejde med at videreudvikle "Aktiv patientstøtte" vil skulle ske med særlig opmærksomhed på, hvad der sker på nationalt hold.	

VI VIL REDUCERE ANDELEN AF UNGE MED DÅRLIG MENTAL TRIVSEL

Prioritering	Navn på indsats	Hvilken målsætning(er) indsatsen/indsatsområdet retter sig imod	Beskrivelse af indsatsen/indsatsområdet	Beskrivelse af, hvornår indsatsen/indsatsområdet mest hensigtsmæssigt udvikles i aftaleperioden	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at indsatsen/indsatsområdet kræver (fx i tid, involverede fagpersoner, monitorering etc.)	Evt. bemærkninger med relevans for DAK's drøftelse	Evt. bemærkninger med relevans for følgegruppens behandling
Nuværende indsats	<b>Forsat implementering af forløbsprogrammet for mennesker med diabetes.</b>	Reduktion af antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 300 per. 1000 diabetes type-2 patienter	Der er i regi af følgegruppen forebyggelse udarbejdet forløbsprogram for mennesker med diabetes. SKU godkendte forløbsprogrammet den 28. februar 2018. Programmet er herefter blevet implementeret via de somatiske samordningsfora.  På regionsplan er måltallet nået. Der er store udsving mellem kommunerne i antallet af indlæggelser. Dette skyldes evt., at udbredelsen af eksisterende initiativer varierer fra kommune til kommune. 13 af de syddanske kommuner allerede lever op til målsætningen, mens nogle kommuner oplever at have op til 348 og 334 akutte indlæggelser af diabetes type 2-patienter per 1.000 patienter.	Hele aftaleperioden	Implementeringsarbejdet ligger i SOF'erne.		Input fra følgegruppen for forebyggelse, PSOF Vestjylland, SOF Sønderjylland
Videreførelse af nuværende indsats	<b>Styrket implementering af "Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med sindslidelser".</b>	Reduktion af antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 300 per. 1000 diabetes type-2 patienter	Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med sindslidelser omhandler en undersøgelse af årsagerne til reduceret levetid for borgere med psykisk sygdom, og en strategi og forslag til indsatser for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker, som har psykisk sygdom. Strategien er fra 2012.  Indsatser under strategien retter sig mod social ulighed i sundhed. KRAM-faktorer, herunder årsager til diabetes type-2, er væsentligt overrepræsenteret hos borgere med psykisk sygdom.	I hele aftaleperioden	Det foreslås at nedsætte en arbejdsgruppe, som følger op på og reviderer "Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme blandt borgere med sindslidelser"		Input fra PSOF Lillebælt
Ny indsats	<b>Mit tværsektorielle forløb (App)</b>	Reduktion af antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 300 per. 1000 diabetes type-2 patienter	Region Syddanmarks sygehuse anvender app'en "Mitforløb", som samler patienters aftaler, patientinformation mm. på deres mobil eller tablet. Det kan undersøges om de gode erfaringer med "Mitforløb", kan udbredes i en tværsektoriel kontekst i forhold til både diabetes. "Mitforløb" kan understøtte patientinddragelse, sammenhængende patientforløb/flow og forebyggelse af indlæggelser. Det kan desuden undersøges, om eksisterende projekter "Digital diabetes - Digital støtte til psykisk sårbare borgere med type-2 diabetes" og "Digital patientuddannelse" kan indgå her, evt. i et form af et bredere koncept om digital understøttelse af kronikere. kronikere. (Note: "mitforløb" omdøbes til "mitsygehus" pga. rettighedsudfordringer omkring ejerskabet til navnet "mitforløb").	I starten af aftaleperioden	Der vil skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der kan undersøge hvordan og i hvilket omfang app'en kan videreudvikles til en tværsektoriel kontekst.		Input fra følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin (vedr. digital diabetes og digital patientuddannelse),
Ny indsats	<b>Videreudvikling af Aktiv patientstøtte - diabetes</b>	Reduktion af antallet af akutte indlæggelser af diabetes type-2 patienter til maksimalt 300 per. 1000 diabetes type-2 patienter	Videreudvikling af det eksisterende projekt "Aktiv patientstøtte" til en fælles regional og kommunal indsats i form af fælles medarbejdere, indsatser og tilbud. Måltrettet kronikergrupperne, herunder diabetes type-2.  Det kan undersøges om "Aktiv patientstøtte" med fordel kan udvides, tilpasses og integreres sådan, at indsatsen kan indgå i eller blive en del af en bredere tværsektoriel indsats, sammen med bl.a. hjemmemonitorering til borgere med diabetes type-2, patientuddannelse og indsatser fra akutteam, rettet mod kronikerne, som oplever de største sundhedsudfordringer.  Aktiv patientstøtte handler om, at patienter med risiko for et fremtidigt højt forbrug af sundhedsydelse identificeres og tilbydes en særlig telefonbaseret støtte fra en specialuddannet sygeplejerske i en periode. Der er tale om en ikke-klinisk intervention, leveret af specialuddannede sygeplejersker, som coacher patienterne til øget egenomsorg, herunder deres evne til at navigere i sundhedssystemet.  Indsatsen er udviklet af Center for innovativ medicinsk teknologi. Der er en aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om at udbrede "Aktiv patientstøtte" nationalt og i stor skala.	Fra starten af 2020, når arbejdet med udvikling af pakkeforløb til patienter med gentagende indlæggelser er godkendt og evt. lægger op til tilstødende indsatser på tværs af sektorer.	Der vil skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der kan videreudvikle indsatsen i relation til en tværsektoriel indsats.	Et arbejde med at videreudvikle "Aktiv patientstøtte" vil skulle ske med særlig opmærksomhed på, hvad der sker på nationalt hold.	

	Navn på indsats	Hvilken målsætning(er) indsatsen/indsatsområdet retter sig imod	Beskrivelse af indsatsen/indsatsområdet	Beskrivelse af, hvornår indsatsen/indsatsområdet mest hensigtsmæssigt udvikles i aftaleperioden	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at indsatsen/indsatsområdet kræver (fx i tid, involverede fagpersoner, monitorering etc.)	Evt. bemærkninger med relevans for DAK's drøftelse	Evt. bemærkninger med relevans for følgegruppens behandling
Videreførelse og udbredelse af nuværende indsats	<b>SAM:BO og audit af SAM:BO</b>	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	Fortsat fokus på videreudvikling, implementering og drift af SAM:BO vil understøtte den gode indlæggelse og udskrivning. Kommende områder for videreudvikling af nye forløb er arbejdsmarkedsområdet og børne- og ungeområdet. Dertil kommer audit af SAM:BO.	Indsatsen vil ligge i hele perioden.	Der er nedsat en tværsektoriel SAM:BO arbejdsgruppe, der løbende rådgiver følgegruppen vedr. implementering og drift af SAM:BO forløb. Ved videreudvikling af SAM:BO nedsættes yderligere arbejdsgrupper - her skal sondres mellem arbejdsgruppe, som skal foretage audit af SAM:BO, og arbejdsgrupper, som skal komme med forslag til videreudvikling af SAM:BO til hhv. arbejdsmarkedsområdet- og børn- og ungeområdet.	Det bør overvejes, hvorvidt den løbende drift af SAM:BO kan løftes af en arbejdsgruppe, eller på sigt skal indgå som en del af en drift.	Flere peger på "den gode indlæggelse og udskrivning"
Videreførelse og udbredelse af nuværende indsats	<b>Telemedicinsk sårurdering</b>	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	Samarbejdsaftale om telemedicinsk sårurdering er godkendt den 19. november 2018 i DAK. Aftalen er overgået til implementering i SOF'erne. Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin vil senest 2 år efter godkendelsen forestå en evaluering af aftalen og anvendelsen.	Ultimo 2020 fremlægges evaluering af aftalen. På den baggrund må det vurderes om der er behov for justeringer eller videreudvikling.	Arbejdet er forankret i følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin		Input fra følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin
Videreførelse og udbredelse af indsats	<b>Styrket samarbejde om medicin-håndtering på tværs af sektorer</b>	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	På tværs af følgegruppen for behandling og pleje og følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt er der fokus på implementering, ajourføring og monitorering af FMK. I regi af følgegruppen for behandling og pleje er der nedsat en tværsektoriel FMK arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.  Følgegruppen for behandling og pleje har lagt op til at indsatsen vedr. FMK videreføres i den kommende sundhedsaftaleperiode. Der er fortsat behov for at have fokus på retvisende FMK af hensyn til patientsikkerhed. Behovet er aktualiseret ved apotekernes snarlige opkobling på FMK. Hertil kommer central opmærksomhed på, at ajourføringsprocenten i almen praksis skal være væsentligt højere, i de situationer, hvor anden sundhedsfaglig person overtager patientbehandlingen og -omsorg. Der erindres om, at ajourført FMK fortsat er en indikator i de 8 nationale kvalitetsmål for sundhed.  Indsatsen omkring FMK kan videreføres i form af styrket samarbejde om medicin-håndtering på tværs af sektorer, herunder FMK, procedurer omkring medicin-håndtering og medicingennemgang. Studier har vist, at et sådant fokus kan reducere antallet af UTH'er i sektorovergange.	Indsatsen vil ligge i hele perioden.	Det skal vurderes, om der skal ske en justering af sammensætningen af den tværsektorielle FMK arbejdsgruppe, så den matcher det styrkede fokus på medicin-håndtering.  Når apotekerne er koblet på FMK, kan der være behov for at samle interessenter om en fælles forståelse af brug af FMK.		Input fra følgegruppen for opgaveoverdragelse, SOF OUH (vedr. ajourføring af FMK), koordinationsgruppen
Ny indsats	<b>Dosisdispensering</b>	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	En fælles aftale om anvendelse af dosisdispensering.	En indsats vil ligge i forlængelse af arbejdet med styrket samarbejde om medicin-håndtering.	Nedsættelse af arbejdsgruppe, som udarbejder forslag til en aftale. Det kan desuden være relevant at en arbejdsgruppe eller afgrænset kreds af interesserede aktører arbejder med forsøgsprojekter omkring implementering af dosisdispensering i drift. Iflt. nye anvisninger for dosisdispensering kan det medføre behov for at sætte yderligere fokus på brugen FMK, særligt når apotekerne også anvender FMK.	Der skal i arbejdet være en særlig opmærksomhed på, at arbejdet med en fælles aftale skal løftes i aftalesystemet med almen praksis.	Input fra følgegruppen for opgaveoverdragelse, koordinationsgruppen

Ny indsats	Fleksible indlæggelser	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	Der udarbejdes samarbejdsaftale omkring fleksible indlæggelser med inspiration fra projektet i Silkeborg Kommune "Fleksible indlæggelser". Indsatsen i projektet er rettet mod borgere med kroniske sygdomme, som fx eksempel KOL eller diabetes. Dette er en gruppe patienter, der ofte oplever utryghed omkring forværringer i deres sygdom, som kan føre til hyppig kontakt til lægevagt og akutafdeling. For at undgå unødige indlæggelser har en gruppe kroniske patienter i Silkeborg Kommune siden 2015 kunne ringe direkte til en sygeplejerske fra det specialafsnit på hospitalet, hvor patienten er tilknyttet, når de oplever, at deres sygdom pludselig forværres. Sygeplejersken vurderer, om borgeren skal tilses af den kommunale hjemmesygepleje eller akutteam, om borgeren skal komme ind til en ambulant kontrol eller om henvendelsen kan klares over telefonen. Ved eventuel ambulant kontrol vurderes det, om borgeren skal indlægges. Tilbuddet gælder 24 timer i døgnet alle ugens syv dage.	I starten af aftaleperioden	Der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal afsøge mulighederne for og udarbejde forslag til samarbejdsaftale for fleksible indlæggelser.		Input fra Billund Kommune,
Ny indsats	Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagende indlæggelser	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	I regi af Koncernledelsesforum (sygehusledelse og direktion i Region Syddanmark) er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal udvikle pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser. Dette arbejde taler ind i en række af de målsætninger, som følgegruppen for behandling og pleje skal arbejde med.  Formålet med opgaven er at udarbejde pakkeforløb, som kan dæmpe op for gentagne indlæggelser, hvilket vil understøtte, at Region Syddanmark lever op til nærhedskriterierne. Opgaven består i forlængelse heraf i at understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, som finder sted, med det rette faglige indhold.  Arbejdet med pakkeforløb bør følges tæt, med det formål at sikre et tværsektorielt perspektiv og følge op med indsatsen i kommuner, region og almen praksis, der kan reducere antallet af indlæggelser - både forebyggelige og akutte genindlæggelser.	Da arbejdsgruppens arbejde er igangsat og oplæg forventes klar i efteråret 2019 vil en indsats ligge i starten af aftaleperioden. Indsatsen vil forventeligt skulle følges i hele aftaleperioden.	Følgegruppen for behandling og pleje inddrages i arbejdet med pakkeforløb. Som opfølgning på arbejdet med pakkeforløb i regionen vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der har særligt fokus på tværsektorielle indsatsen.		
Ny indsats	Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner.	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	Tværsektorielt samarbejde om udvikling og understøttelse af akutte sygeplejeindsatser i det nære sundhedsvæsen. Samarbejdet kan eksempelvis indholde (bedre) datadeling, kommunikation og adgang til faglig rådgivning og vurdering i forbindelse med sygeplejeindsatser til borgere med akutte problemstillinger.  Dette forslag udspringer af anbefaling 1 fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: "Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning".  Indsatsen kan ses i forlængelse af Handlingsplanen for den ældre medicinske patient, indsatsområde nr. 5: "Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis".	2021	Der nedsættes en arbejdsgruppe, der udarbejder en samarbejdsaftale.		SOF OUH (vedr. kobling mellem kommunale akutfunktioner og lægevagten, PSOF Vestjylland (vedr. fælles fokus på data på tværs af sektorer og samarbejde mellem akutfunktioner, sygehus og praktiserende læger), SOF Sønderjylland (styret samarbejde i forhold til kommunale akutfunktioner)
Ny indsats	GERI-kuffert-konceptet	Reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 pr. 1000 ældre.	Kufferten består af analyseudstyr og telemedicinsk teknologi, der skal gøre det nemmere for praksispersonale og akutsygeplejerskerne at foretage objektive målinger med henblik på at øge kvaliteten af beslutningsgrundlaget for videre diagnostik og behandling. Data fra målingerne overføres direkte til en fælles IT-plattform, som kan tilgås af både hjemmepleje, praktiserende læge og på sygehuset.  GERI-kufferten udspringer af et forskningsprojekt, der slutter i 2019. Indtil videre er der dog gode erfaringer med projektet, og det forventes, at kufferten efter forskningsprojektets afslutning vurderes modent til udbredelse.	I starten af aftaleperioden	Der vil skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der udarbejder oplæg til en samarbejdsaftale.		Input fra følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin, PSOF OUH

Prioritering	Navn på indsats	Hvilken målsætning(er) indsatsen/indsatsområdet retter sig i mod	Beskrivelse af indsatsen/indsatsområdet	Beskrivelse af, hvornår indsatsen/indsatsområdet mest hensigtsmæssigt udvikles i aftaleperioden	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at indsatsen/indsatsområdet kræver (fx i tid, involverede fagpersoner, monitorering etc.)	Evt. bemærkninger med relevans for DAK's drøftelse	Evt. bemærkninger med relevans for følgegruppens behandling
Videreførelse og udbredelse af nuværende indsats	<b>SAM:BO og audit af SAM:BO</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatisk patienter og 15 % for psykiatriske patienter.	Fortsat fokus på videreudvikling, implementering og drift af SAM:BO vil understøtte den gode indlæggelse og udskrivning. Kommende områder for videreudvikling af nye forløb er arbejdsmarkedsområdet og børne- og ungeområdet. Dertil kommer audit af SAM:BO.	Indsatsen vil ligge i hele perioden.	Der er nedsat en tværsektoriel SAM:BO arbejdsgruppe, der løbende rådgiver følgegruppen vedr. implementering og drift af SAM:BO forløb. Ved videreudvikling af SAM:BO nedsættes yderligere arbejdsgrupper.	Det bør overvejes, hvorvidt den løbende drift af SAM:BO kan løftes af en arbejdsgruppe, eller på sigt skal indgå som en del af en drift.	Input fra SOF Sønderjylland, PSOF Lillebælt. Flere andre peger på "den gode indlæggelse og udskrivning"
Videreførelse og udbredelse af nuværende indsats	<b>Tværasektorielt samarbejde med afsæt i udbredelse af mobile skadestuer i tilknytning til psykiatriske akutmodtagelser (Region Syddanmarks budgetforlig 2019)</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15 % for psykiatriske patienter.	Med Region Syddanmarks budgetforlig 2019 er der taget beslutning om at udbrede mobile skadestuer i tilknytning til psykiatriske akutmodtagelser. Mobil skadestue yder akut bistand ved at give tilbud om kontakt (telefon/video/samtale/besøg) indenfor 24 timer, uanset om det drejer sig om en henvendelse i den akutte fast eller som opfølgning på indlæggelse. Målgruppen er voksne over 20 år, uanset psykiatrisk diagnose og vil være både kendte/ukendte patienter. Psykiatrisk akutmodtagelse visiterer til tilbuddet.  Initiativet kalder på: Fokus på etablering af samarbejdsrelationer til kommunale funktioner / Styrke tværasektorielt samarbejde mellem den kommunale sociale del og mobile skadestuer for at koordinere indsatsen for den enkelte borger.	I starten af aftaleperioden	Det forventes, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe		Input fra PSOF Lillebælt
Ny indsats	<b>"Vi løfter i fællesskab - en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025"</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15 % for psykiatriske patienter.	Regeringen har i september 2018 offentliggjort en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025 - "Vi løfter i fællesskab". Med handlingsplanen er der udpeget 43 konkrete initiativer, som skal sætte retningen for en moderne psykiatri. Der er udpeget følgende 6 indsatsområder: Indsatsområder og underliggende initiativer, (mio. kr.) I alt (2019-2022) 1. Flere gribes med en tidligere og lettilgængelig indsats 628,3 2. Personalets kompetencer styrkes og bruges bedre 11,3 3. Kvaliteten i indsatsen i socialpsykiatrien styrkes til gavn for mennesker med psykiske vanskeligheder 120 4. De mest syge patienter får bedre og mere intensiv behandling 458,5 5. Bedre sammenhæng i borgernes indsatser 76,6 6. Mere forskning og innovation til gavn for mennesker med psykiske problemer 48,9	I starten af aftaleperioden	Det forventes, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der kan vurdere hvordan handlingsplanen implementeres i Region Syddanmark.		
Ny indsats	<b>Fleksible indlæggelser</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatisk patienter og 15 % for psykiatriske patienter	Der udarbejdes samarbejdsaftale omkring fleksible indlæggelser med inspiration fra projektet i Silkeborg Kommune "Fleksible indlæggelser". Indsatsen i projektet er rettet mod borgere med kroniske sygdomme, som fx eksempel KOL eller diabetes. Dette er en gruppe patienter, der ofte oplever utryghed omkring forværringer i deres sygdom, som kan føre til hyppig kontakt til lægevagt og akutafdeling. For at undgå unødige indlæggelser har en gruppe kroniske patienter i Silkeborg Kommune siden 2015 kunne ringe direkte til en sygeplejerske fra det specialafsnit på hospitalet, hvor patienten er tilknyttet, når de oplever, at deres sygdom pludselig forværrer. Sygeplejersken vurderer, om borgeren skal tilses af den kommunale hjemmesygepleje eller akutteam, om borgeren skal komme ind til en ambulant kontrol eller om henvendelsen kan klæres over telefonen. Ved eventuel ambulant kontrol vurderes det, om borgeren skal indlægges. Tilbuddet gælder 24 timer i døgnet alle ugens syv dage.  Indsatsen videreudvikles til også at omfatte psykiatrien.	I starten af aftaleperioden	Det forventes, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at afsøge mulighederne og udarbejde oplæg til samarbejdsaftale for fleksible indlæggelser.		Input fra Billund Kommune

Ny indsats	<b>Tværsætorielle pakkeforløb for borgere med gentagende indlæggelser</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatisk patienter og 15 % for psykiatriske patienter	<p>I regi af Koncernledelsesforum (sygehusledelser og direktion i Region Syddanmark) er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal udvikle pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser. Dette arbejde taler ind i en række af de målsætninger, som følgegruppen for behandling og pleje skal arbejde med.</p> <p>Formålet med opgaven er at udarbejde pakkeforløb, som kan dæmme op for gentagne indlæggelser, hvilket vil understøtte, at Region Syddanmark lever op til nærhedskriterierne. Opgaven består i forlængelse heraf i at understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, som finder sted, med det rette faglige indhold.</p> <p>Arbejdet med pakkeforløb bør følges tæt, med det formål at sikre et tværsætorielt perspektiv og følge op med indsatser i kommuner, region og almen praksis, der kan reducere antallet af indlæggelser - både forebyggelige og akutte genindlæggelser.</p>	Da arbejdsgruppens arbejde er igangsat og oplæg forventes klar i efteråret 2019 vil en indsats ligge i starten af aftaleperioden. Indsatsen vil forventeligt skulle følges i hele aftaleperioden.	Følgegruppen for behandling og pleje inddrages i arbejdet med pakkeforløb. Som opfølgning på arbejdet med pakkeforløb i regionen vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der har særligt fokus på tværsætorielle indsatser.		
Ny indsats	<b>Tværsætoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatisk patienter	<p>Tværsætorielt samarbejde om udvikling og understøttelse af akutte sygeplejeindsatser i det nære sundhedsvæsen. Samarbejdet kan eksempelvis indholde (bedre) datadeling, kommunikation og adgang til faglig rådgivning og vurdering i forbindelse med sygeplejeindsatser til borgere med akutte problemstillinger.</p> <p>Dette forslag udspringer af anbefaling 1 fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: "Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning".</p> <p>Indsatsen kan ses i forlængelse af Handlingsplanen for den ældre medicinske patient, indsatsområde nr. 5: "Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis".</p>	2021	Der nedsættes en arbejdsgruppe, der udarbejder en samarbejdsaftale.		SOF OUH (vedr. kobling mellem kommunale akutfunktioner og lægevagten, PSOF Vestjylland (vedr. fælles fokus på data på tværs af sektorer og samarbejde mellem akutfunktioner, sygehus og praktiserende læger), SOF Sønderjylland (styret samarbejde i forhold til kommunale akutfunktioner)
Ny indsats	<b>Generisk model for deling af kompetencer</b>	Reduktion af antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatisk patienter og 15 % for psykiatriske patienter	<p>For at understøtte en målsætning om sømløse overgange kan der arbejdes med højere grad af deling af kompetencer på tværs af sektorer. Dette kan både understøtte borgeren i overgangen fra en sektor til en anden, ligesom det understøtter den relationelle koordinering på tværs af sektorer. Der kan være tale om rådgivningsfunktioner, kompetenceudvikling, delestillinger mm.</p> <p>Der lægges op til, at der udarbejdes en generisk model, som gør det nemmere at dele kompetencer på tværs. Denne model kan præcisere rammer og muligheder for udveksling af personale mellem eksempelvis region, kommuner og almen praksis.</p>	Først i aftaleperioden	Der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at udarbejde oplæg til en model.		Input fra følgegruppen for opgaveoverdragelse, PSOF OUH (vedr. fælles kompetenceudviklingsforløb)

Prioritering	Navn på indsats	Hvilken målsætning(er) indsatsen/indsatsområdet retter sig i mod	Beskrivelse af indsatsen/indsatsområdet	Beskrivelse af, hvornår indsatsen/indsatsområdet mest hensigtsmæssigt udvikles i aftaleperioden	Beskrivelse af hvilke ressourcer det forventes, at indsatsen/indsatsområdet kræver (fx i tid, involverede fagpersoner, monitorering etc.)	Evt. bemærkninger med relevans for DAK's drøftelse	Evt. bemærkninger med relevans for følgegruppens behandling
Videreførelse og udbredelse af nuværende indsats	<b>SAM:BO og audit af SAM:BO</b>	Reduktion af antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for både somatiske psykiatriske	<p>Fortsat fokus på videreudvikling, implementering og drift af SAM:BO vil understøtte den gode indlæggelse og udskrivning - og mindske antallet af færdigbehandlingsdage. Kommende områder for videreudvikling af nye forløb er arbejdsmarkedsområdet og børne- og ungeområdet. Dertil kommer audit af SAM:BO.</p> <p>I 2017 var der indenfor somatikken 2,3 færdigbehandlingsdage på sygehusene og indenfor psykiatrien 1,6 i Region Syddanmark. En del kommuner ligger under eller relativt tæt på målsætningen. Udfordringen er større indenfor somatikken end indenfor psykiatrien. Følgegruppen vurderer derfor, at det fortsatte gode arbejde med SAM:BO skal fastholdes. Følgegruppen lægger op til at afvente resultaterne af bl.a. audit af SAM:BO.</p>	Indsatsen vil ligge i hele perioden.	Der er nedsat en tværsektoriel SAM:BO arbejdsgruppe, der løbende rådgiver følgegruppen vedr. implementering og drift af SAM:BO forløb. Ved videreudvikling af SAM:BO nedsættes yderligere arbejdsgrupper. Det bør overvejes, om hvorvidt den løbende drift af SAM:BO kan løftes af en arbejdsgruppe, eller på sigt skal indgå som en del af en drift.		Input fra følgegruppen for forebyggelse (vedr. god dialog mellem kommuner og sygehuse)
Ny indsats	<b>Fokus på registreringspraksis</b>	Reduktion af antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for både somatiske psykiatriske	Der lægges op til et styrket fokus på registreringspraksis, sådan at denne er ensartet og standardiseret på tværs af alle sygehuseenheder og alle kommuner.	I hele aftaleperioden	Der nedsættes en arbejdsgruppe		
Ny indsats	<b>Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagende indlæggelser</b>	Reduktion af antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for både somatiske psykiatriske	<p>I regi af Koncernledelsesforum (sygehusledelser og direktion i Region Syddanmark) er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal udvikle pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser. Dette arbejde taler ind i en række af de målsætninger, som følgegruppen for behandling og pleje skal arbejde med.</p> <p>Det er udgangspunktet for det regionale arbejde, at pakkeforløbene om muligt skal tænkes på tværs af sektorer. Arbejdet skal understøtte, at Region Syddanmark lever op til nærhedskriterierne. Opgaven har også sammenhæng til indsatsområder i sundhedsplanen (den regionale sundhedsplan), og erfaringer fra aktiv patientstøtte skal indtænkes.</p> <p>Formålet med opgaven er at udarbejde pakkeforløb, som kan dæmpe op for gentagne indlæggelser, hvilket vil understøtte, at Region Syddanmark lever op til nærhedskriterierne.</p> <p>Opgaven består i forlængelse heraf i at understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, som finder sted, med det rette faglige indhold.</p> <p>Arbejdet med pakkeforløb bør følges tæt, med det formål at sikre et tværsektorielt perspektiv og følge op med indsatser i kommuner, region og almen praksis, der kan reducere antallet af indlæggelser - både forebyggelige og akutte genindlæggelser - og samtidig reducere antallet af færdigbehandlingsdage.</p>	Da arbejdsgruppens arbejde er igangsat og oplæg forventes klar i efteråret 2019 vil en indsats ligge i starten af aftaleperioden. Indsatsen vil forventeligt skulle følges i hele aftaleperioden.	Følgegruppen for behandling og pleje inddrages i arbejdet med pakkeforløb. Som opfølgning på arbejdet med pakkeforløb i regionen vil der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, der har særligt fokus på tværsektorielle indsatser.		