

Steno Diabetes Center Aarhus

- Et godt liv med diabetes

En styrket diabetesindsats i Region Midtjylland

Steno Diabetes Center Aarhus er etableret den 1. januar 2018 i et samarbejde mellem Region Midtjylland og Novo Nordisk Fonden.

Visionen er at styrke diabetesindsatsen i Region Midtjylland til gavn for alle mennesker med diabetes og bidrage til at:

- Øge livslængden og livskvaliteten
- Mindske antallet af diabetespatienter

Steno Diabetes Center Aarhus skal være et internationalt anerkendt videns- og kompetencecenter, som driver udviklingen på diabetesområdet i Region Midtjylland.

De fire kerneaktiviteter



Behandling og forebyggelse

Udvikling af nye metoder til behandling og forebyggelse. Implementering af evidensbaserede behandlingstilbud af højeste kvalitet.



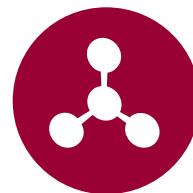
Uddannelse

Samlet indsats om kompetenceudvikling og uddannelsestilbud til patienter, pårørende og personale.



Forskning

Patientnær forskning i international topklasse, som bidrager til bedre behandling og forebyggelse af diabetes.



Tværasektoriel forskning

Forskning i og udvikling af modeller, metoder og teknologier til at fremme samarbejde og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.

Hele Region Midtjyllands diabetescenter



En diabetesindsats gennem hele livet



Styrke den tidlige forebyggelse af overvægt hos små børn



Bidrage til en tryk skolegang for børn med type 1 diabetes



Styrke partnerskaber med civilsamfundet for at motivere til fysisk aktivitet gennem hele livet



Bidrage til at alle borgere med nyopdaget type 2 diabetes får patientuddannelse



Bidrage til at komplekse patienter med type 2 diabetes får passende hjælp i et tværsektorielt samarbejde

Pejlemærker for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Dato: 21. september 2020

Side 1 af 2

Vi ser ind i en fremtid, hvor vi bliver flere ældre, hvor flere borgere lever med kroniske sygdomme, og hvor flere borgere har psykiske lidelser. Samtidig ser vi ind i en fremtid, hvor vi kommer til at mangle hænder. Udfordringerne kræver nytænkning og udvikling af sundhedsvæsenet.

Fremtidens sundhedsvæsen skal basere sig på det, der giver størst værdi for borgerne. Det er ofte mindre indgribende tiltag, end vi er vant til i dag. Fx skal der være langt mere fokus på tidlig opsporing, forebyggelse, træning og egenomsorg. Samarbejdet og koordinationen i sundhedsvæsenet skal styrkes, og flere digitale og teknologiske løsninger skal sikre tilgængelighed og nærhed for borgerne og samtidig understøtte borgerne i egenomsorg. Der er en fælles opgave i at sikre rekruttering af arbejdskraft til fremtidens sundhedsvæsen. KL og Danske Regioner er enige om, at både regioner, kommuner og almen praksis er en del af løsningen i fremtidens sundhedsvæsen.

Fælles pejlemærker

KL og Danske Regioner har lavet 12 fælles pejlemærker, som bør adresseres i en kommende plan for det samlede sundhedsvæsen.

Stærkere samarbejde på tværs af sektorer og politisk forankrede lokale samarbejder

1. KL og Danske Regioner er enige om, at der skal etableres *formaliserede samarbejder mellem kommuner og regioner omkring hver af de 21 akuthospitaler*. De formaliserede samarbejder omfatter også psykiatrien. I de formaliserede samarbejder skal der både være en politisk dialog og et tæt fagligt samarbejde. De overordnede politiske rammer for samarbejderne fastlægges i aftaler mellem regionen og kommunerne i regionen.
2. Sundhedssamarbejder skal *koordinere patientforløbet* for de borgere, der har brug for både kommunen, sygehuset og den praktiserende læge. Det er især ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser.
3. Det skal blandt andet ske gennem implementering af *ationale aftaler*, herunder økonomiaftaler, nationale handlingsplaner mv.
4. Elementer vedr. psykiatri forventes at indgå i arbejdet med den kommende 10-årsplan.
5. Sundhedssamarbejderne skal sikre koordinering f.eks. *når ændringer i sygehusets opgavevaretagelse* har væsentlige konsekvenser for kommunernes opgaver eller økonomi. Det gælder også *ændringer i kommunerne*, som har væsentlig betydning for opgaver eller økonomi i regionerne.

6. Parterne skal ikke kunne disponere over hinandens økonomi, men afklare rammer og fjerne barrierer for det daglige samarbejde på fagligt niveau og ledelsesniveau.

Dato: 21. september 2020

Side 2 af 2

Kvalitetsplan skal styrke indsatserne for ældre, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiatriske lidelser

7. Der skal laves en plan, der over en årrække grundlæggende beskriver *fremtidens behandling for de store kronikergrupper* i sundhedsvæsenet. Fokus skal være på tidlige indsatser, egenomsorg, træning mv., så sygdom og sygdomsforværring forebygges. Der skal opstilles en række principper for arbejdet.
8. Der igangsættes ligeledes på kort sigt et arbejde med at *beskrive og udbrede mange af de gode erfaringer* med samarbejde, sammenhængende patientforløb og delegeret behandling, som allerede eksisterer, herunder specialiseret hjerterehabilitering og IV-behandling mv.
9. Det foreslås, at *det kommunale akutområde udvikles*, så det f.eks. gøres muligt at anvende videoløsninger i samarbejdet mellem almen praksis, sygehuse og akutfunktionerne, ligesom det anbefales at udbrede erfaringerne med fælles akutvisitation til hele landet. Parterne ønsker et tættere samarbejde generelt mellem akutfunktionerne og almen praksis overalt i landet også uden for dagtid.
10. Det *lægges behandlingsansvar* for de sundhedsfaglige opgaver, som kommunerne varetager, herunder på de midlertidige pladser, *ligger fortsat i regionerne* enten på hospitaler, i almen praksis eller speciallægepraksis.

Økonomi og data

11. Krav om styrket faglighed, øget kapacitet og mere ensartethed i kommunerne og bedre samspil på tværs af sektorer ledsages af den *nødvendige, nationale finansiering*.
12. Der er brug for et *fælles data for at understøtte samarbejdet om de tværsektorielle patientforløb*. Derfor skal vi bygge videre på den udvikling, der allerede er i gang, hvor kommunerne dokumenterer efter ens standarder, og udbygge den tværsektorielle datadeling.

Forståelsespapir om udskrivelser under COVID-19-epidemien

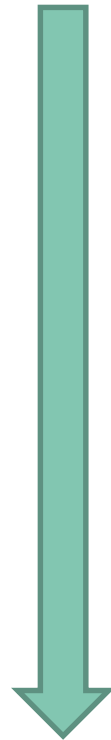
- Revidering oktober 2020

Lone Rasmussen, direktør i Skanderborg Kommune

Møde i DKS 1. oktober 2020

De tre faser

Stigende pres på
kapaciteten på
hospitalet som
følge af COVID-19



Fase 1	Indlagte borgere med COVID-19 udskrives først til kommunal pleje eller støtte, når de er smittefri
Fase 2	Indlagte borgere med COVID-19 udskrives, når de ikke længere har behov for hospitalsbehandling (men de kan stadig smitte = har ikke været symptomfri i 48 timer)
Fase 3	Ekstraordinære tidlige udskrivelser af ikke-færdigbehandlede patienter (beredskabssituation)

Overvejelserne bag fase 1

I foråret var der fokus på at holde indlagte patienter på hospitalerne (hvor muligt) så længe de havde symptomer på COVID-19:

- Isolation og pleje af borgere med COVID-19/symptomer var en ny opgave
- Mangel på værnemidler
- Alm. aktivitet på hospitalerne var lukket ned



Situationen i dag

- Værnemidler, faglige retningslinjer og opbygning af kompetencer
- Et andet pres på hospitalskapaciteten
Alm. aktivitet på hospitalerne kører samtidig med indsatser i forhold til COVID-19 (observation for COVID-19 og indlæggelser) + afvikling af ”pukler” fra foråret.
- Kommunen har også kontakt til borgere, der kan smitte. Fx borgere der får hjemmepleje og som
 - afventer testsvar
 - er syge af COVID-19, men ikke har behov for indlæggelse



Er vi nu i en situation, hvor fase 2 er det fælles udgangspunkt for udskrivelser?

Lægelig backup (fase 2)

- **Præmis:** Der er tale om borgere, som ikke længere har behov for hospitalsbehandling. Ved udskrivelse overgår det lægefaglige behandlingsansvar (som vanligt) til egen læge.
- **Forventning:** Borgere, der kan smitte med COVID-19 efter en indlæggelse, har ikke et større behov for lægehjælp end andre patienter, der udskrives til kommunal pleje. Rammerne er fortsat de eksisterende honoreringsaftaler med almen praksis.
- **OBS:** Borgere, der kan smitte, kan ikke se lægen fysisk (konsultation el. sygebesøg)
- **Håndtag i fht. almen praksis:**
 - Telefonkonsultation og korrespondance
 - Videokonsultation (kun borger)
 - Samarbejde ml. akutfunktion og egen læge for at undgå en genindlæggelse (forsøgsordning i fht. akutfunktionerne)

Hjælp med værnemidler

Forslag

- I de tilfælde, hvor en praktiserende læge (alligevel) vælger at tilse en borger (fysisk), og der er risiko for smitte, hjælper kommunen med at stille værnemidler til rådighed
- Fx adgang til "risikokasser" el. lign. i borgerens hjem.



Forståelsespapir om udskrivelser under COVID-19-epidemien

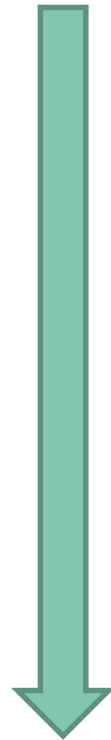
- Revidering oktober 2020

Lone Rasmussen, direktør i Skanderborg Kommune

Møde i DKS 1. oktober 2020

De tre faser

Stigende pres på
kapaciteten på
hospitalet som
følge af COVID-19



Fase 1	Indlagte borgere med COVID-19 udskrives først til kommunal pleje eller støtte, når de er smittefri
Fase 2	Indlagte borgere med COVID-19 udskrives, når de ikke længere har behov for hospitalsbehandling (men de kan stadig smitte = har ikke været symptomfri i 48 timer)
Fase 3	Ekstraordinære tidlige udskrivninger af ikke-færdigbehandlede patienter (beredskabssituation)

Overvejelserne bag fase 1

I foråret var der fokus på at holde indlagte patienter på hospitalerne (hvor muligt) så længe de havde symptomer på COVID-19:

- Isolation og pleje af borgere med COVID-19/symptomer var en ny opgave
- Mangel på værnemidler
- Alm. aktivitet på hospitalerne var lukket ned



Situationen i dag

- Værnemidler, faglige retningslinjer og opbygning af kompetencer
- Et andet pres på hospitalskapaciteten
Alm. aktivitet på hospitalerne kører samtidig med indsatser i forhold til COVID-19 (observation for COVID-19 og indlæggelser) + afvikling af ”pukler” fra foråret.
- Kommunen har også kontakt til borgere, der kan smitte. Fx borgere der får hjemmepleje og som
 - afventer testsvar
 - er syge af COVID-19, men ikke har behov for indlæggelse



Er vi nu i en situation, hvor fase 2 er det fælles udgangspunkt for udskrivelser?

Lægelig backup (fase 2)

- **Præmis:** Der er tale om borgere, som ikke længere har behov for hospitalsbehandling. Ved udskrivelse overgår det lægefaglige behandlingsansvar (som vanligt) til egen læge.
- **Forventning:** Borgere, der kan smitte med COVID-19 efter en indlæggelse, har ikke et større behov for lægehjælp end andre patienter, der udskrives til kommunal pleje. Rammerne er fortsat de eksisterende honoreringsaftaler med almen praksis.
- **OBS:** Borgere, der kan smitte, kan ikke se lægen fysisk (konsultation el. sygebesøg)
- **Håndtag i fht. almen praksis:**
 - Telefonkonsultation og korrespondance
 - Videokonsultation (kun borger)
 - Samarbejde ml. akutfunktion og egen læge for at undgå en genindlæggelse (forsøgsordning i fht. akutfunktionerne)

Hjælp med værnemidler

Forslag

- I de tilfælde, hvor en praktiserende læge (alligevel) vælger at tilse en borger (fysisk), og der er risiko for smitte, hjælper kommunen med at stille værnemidler til rådighed
- Fx adgang til "risikokasser" el. lign. i borgerens hjem.

