Afdeling: Praksis med bidrag fra Kvalitet og Forskning
Journal nr.: 17/31058
Dato: 18. september 2017

Region Syddanmark

Notat

Aftale om ny overenskomst for almen praksis indgået 14.9.17 (med forbehold for aftaleparternes godkendelse)

Der er den 14. september 2017 indgået aftale mellem PLO og RLTN om fornyelse af overenskomsten for de praktiserende læger. Aftalen er resultatet af et ca. 10 måneder langt forhandlingsforløb.
Overenskomsten er 3-årig med virkning fra den 1. januar 2018. Aftalen er indgået under forbehold for godkendelse hos hver af parterne.
Notatet gennemgår hovedelementerne i aftalen med foreløbig vurdering af, hvad det medfører at aktiviteter i Region Syddanmark.

Emne	Beskrivelse af hovedelementer	Aktiviteter i Region Syddanmark
1. Kvalitetsarbejde i almen praksis - en beskrivelse af en fremtidig model for kvalitetsarbejdet i almen praksis	**Afsættet** er, at almen praksis som en del af det samlede sundhedsvæsen er omfattet af det nationale kvalitetsprogram, og dermed også de otte nationale mål, ledelsesprogram og lærings- og kvalitetsteams. Der etableres centralt et program for kvalitetsudvikling, der skal inddrage erfaringer, der gøres undervejs. **Visionen** er, at kvalitetsarbejdet • når ud til alle læger • opleves relevant og praksisnært • er datadrevet i egen klinik • udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen **Målsætningen** er, at alle læger deltager i klynger, der arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling. En klynge bør ifølge OK dække et givent geografisk område og bestå af alle læger og klinikker for et område med mindst 30.000 gruppe 1-sikrede. Deltagelse i klynger er frivilligt. En klynge har metodefrihed, men har samtidig i henhold til	Vedr. de fem projektspor: **A: Datadreven kvalitetsudvikling** Der skal i princippet udvikles et ledelsesinformationssystem for almen praksis. Aktører i dette kunne være Sundhedsdokumentation, IT, datakonsulenter. Arbejdet skal udføres i tæt samspil med det nationale projektspor. **B: Indikatorer for almen medicin** Det bør overvejes, hvordan regionens samspil med det nationale projektspor skal være. **C: Klyngedannelse** Regionen skal fra start have fokus på facilitering af klyngedannelse samt at kunne støtte klyngekoordinatorer professionelt. Her har vi kompetencen liggende i SydPOL, men vi har også udfordringen i, at selve klyngedannelsesprocessen ikke kan styres. Med det tværgående kvalitetsarbejde bevæger klyngerne sig ind i feltet for praksiskonsulentordningen (PKO), kvalitets- og

	OK tre arbejdsfelter: • Kvalitetsarbejde som læger i klyngen selv udvælger og initierer • Kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/indikatorer • Kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser En række spørgsmål afventer afklaring: Hvor lille en klynge kan tillades at være? Hvem initierer dannelse af klynger? Hvordan sikres en adækvat geografisk dækning?En klynge organiseres omkring en klyngekoordinator, som er læge fra klyngen. Klyngekoordinatoren skal: • Skabe de bedst mulige rammer for kvalitetsarbejdet i klyngen • Medvirke til at klyngen indgår i kvalitetsarbejde i den øvrige del af sundhedsvæsenet • Herunder også i forhold til forskning, undervisning og lokale projekter • Deltage i netværk af klyngekoordinatorer • Være kontaktperson i forhold til omkringliggende sundhedsvæsens kontaktpersoner. **Projektspor i udviklingsfasen** er: • Datadrevet kvalitetsudvikling som både sikrer udvikling i egen klinik og udveksling af data på tværs. • Indikatorer for almen medicin med afsæt i de 8 nationale mål samt almen medicinsk faglighed • Klyngedannelse. Etablering af understøttende tiltag • Regional organisering. Rammer for samspil mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen • Fremtidig national organisering. Forberedelse af overgang til drift **National organisering:** Program for kvalitetsudvikling ejes af en **programbestyrelse,** der skal igangsætte og følge programmet og træffe overordnede strategiske beslutninger. Efter to år skal gøres status på etablering af klynger. Den løbende ledelse varetages af en **programstyregruppe.** Bestyrelse og styregruppe betjenes af et **programsekretariat** placeret i DAK-e. Der afsættes årligt 15 mio. kr. fra Fonden for Almen Praksis til finansiering af ovenstående.	efteruddannelsesudvalget (KEU), lokale SOF (samordningsfora) etc. Der bliver således både politisk, strategisk og administrativt behov for at forholde sig til, hvordan den regionale organisering skal være omkring PKO, KEU, SOF og på tværs af afdelinger. En klynge skal have et datagrundlag i bred forstand. Regionen skal arbejde systematisk med udarbejdelse af og procedurer for sådanne datasæt. Datakonsulenter og måske skal også sundhedsdokumentation kan være aktører på dette område. Der skal i programsporet om regional organisering ske en afklaring af behovet for bistand til klynger og organiseringen heraf. OK siger, at klyngekoordinatoren kan trække på og have behov for: • Regionale støttefunktioner og konsulentordninger • Bistand til it- og datamæssige opgaver • Lægefaglig sparring og undervisning Det kan vi som udgangspunkt honorere i Region Syddanmark gennem eksisterende konsulentkorps som datakonsulenter, DITeam, efteruddannelsesvejledere og SydPOL. Hver læge tildeles 10.000 kr. for at indtræde i en klynge, som udbetales af regionen. Der skal opbygges et administrativt system, der kan håndtere dette. Økonomi: Hver klynge tildeles årligt 4,20 kr. pr. gruppe 1-tilmeldte i klinikker i klyngen. Det kræver opbygning af et administrativt system, der kan håndtere dette samt udregne, hvad en klynge er berettiget til af tilskud ved opstart, samt på klyngeniveau udregne, hvor mange ressourcer klyngen skal have tilført det kommende år. Ved en klyngestørrelse på 30.000 gruppe 1-tilmeldte (40 klynger) og en lægekonsulenttakst på 912 kr. pr. time vil der være midler til ca. 3 timer pr. uge i 46 uger pr. klyngekoordinator. Umiddelbart er vurderingen, at det vil kræve mindst en ugentlig arbejdsdag for en klyngekoordinator at opfylde rollens opgaver, så her ligger en udfordring, som skal adresseres. En løsning kan være på anden vis at finde administrative og faciliterende ressourcer, der kan stilles til rådighed for klyngen. **D: Regional organisering** Det forventes, at regionen understøtter kvalitetsarbejdet i almen

		praksis, dels gennem det, der i dag i Region Syddanmark findes i KEU-regi, dels gennem samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen (praksiskonsulentordningen). Det betyder også, at der forventes anvendt egne regionale midler udover midler afsat i henhold til overenskomstens §106. Der vil blive overlap mellem forventninger til en klynge og opgaver, der i dag varetages i praksiskonsulentordningen. Såvel praksiskonsulentordningen som organiseringen af teams i KEU skal nytænkes og muligvis samtænkes med fokus på at støtte kvalitetsudvikling og samarbejde via klynger. Samtidig skal der tænkes i mulig synergi. **E: Fremtidig national organisering** Dette er en opgave for det nationale projektspor **F: Øvrige udeståender, uklarheder og mulige løsningsforslag** Hvordan tænkes samarbejdsrelationer mellem programsekretariat, regionale kvalitetsenheder og klyngekoordinatorer?
2. Kvalitetsarbejde og akkreditering af klinikker udenfor klynger	Regionen skal spille en større rolle for klinikker, der ikke deltager i klynger. Disse klinikker skal på lige fod med andre arbejde med datadrevet kvalitet, og desuden skal disse klinikker gennemløbe en anden akkrediteringsrunde med start 1. november 2020.	Det må på den ene side forventes, at det er mere ressourcekrævende at yde konsulentbistand til disse klinikker. På den anden side er forventningen, at antallet af klinikker, der ikke er i klynger, vil være hurtigt faldende fra ultimo 2018.
3. Differentiering af basishonoraret	**En del af basishonoraret differentieres i henhold til forskelle i patienters alder, køn og sygelighed og ud fra lægedækningstruede områder** Modellen skal sikre, at praktiserende læger honoreres i henhold til den arbejdsmængde, der er forbundet med de enkelte patientgrupper og således, at lægedækningstruede områder tilgodeses. Dette kan have betydning for rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger i områder med en større koncentration af behandlingskrævende patienter. • Der etableres en ordning på 60 mio. kr. årligt, hvoraf praksis med størst patienttyngde og praksis beliggende i lægedækningstruede områder tilgodeses med hhv. 60% og 40 % af puljen.	• Fastsættelse af objektive kriterier for lægedækningstruede områder – er gældende i tre år (senest 31. maj 2018) • Opsætning af system til beregning af patienttyngde i praksis. • Afklaring af procedure omkring ansøgning/fordeling af midler: region, lægen selv, ”automatisk” • Afklaring af udbetaling til ny-etablerede, solgte, sammenlagte, opsplittede praksis (patienttyngde fastsat pr 1. januar 2016) • Maksimumgrænse: formulering: ”100.000 pr. læge” – Afklaring af betydning: læge, praksis, eller…? • Afklaring af finansiering af restbeløbet op til 60 mio årligt Den præcise økonomiske konsekvens/implikation af aftalen skal undersøges nærmere

	• Ordningen træder i kraft 1. januar 2018 • Udbetalingen sker i to årlige rater og kun til praksis, der er virksomme på udbetalingstidspunktet. • Den differentierede andel af basishonoraret indgår ikke i beregningen af praksis' højestegrænse. • De 60 mio. kr årligt finansieres med 40 mio. fra RLTN i 2018, 30 mio. i 2019 og 20 mio. i 2010. Pulje vedr. patienttyngde: • Den enkelte praksis' andel af puljen beregnes én gang årligt. • Der indføres en maksimum grænse for de beløb, læger kan modtage fra ordningen. Maksimumgrænsen er 100.000 kr., minimumsgrænsen er dynamisk og udmeldes samtidig med udbetaling fra ordningen. • Der arbejdes videre med at indarbejde socioøkonomiske faktorer i modellen for patienttyngde til ikrafttræden med en ny overenskomst (om tre år) Pulje vedr. lægedækningstruede områder: De reserverede midler fordeles ligeligt pr. patient til læger med praksisadresse i lægedækningstruede områder	
4. Lægedækning	Parterne er enige om, at det er nødvendigt i overenskomsten at adressere lægedækningsproblemet ved at indføre tiltag, som skal gøre det mere attraktivt at praktisere i de berørte områder uden at det medfører lavere patientkapacitet for hele landet. Praksis i lægedækningstruede områder får: • Ret til delepraksis i op til 6 år • Mulighed for ansættelse af fase 3 læger i ledige kapaciteter eller i vikariat af mere end to måneders varighed • Ingen begrænsninger på andelen af ubesatte kapaciteter besat med ansatte læger	Fastsættelse af objektive kriterier for lægedækningstruede områder, jf. øget adgang til delepraksis, lempede regler for andelen af ansatte læger, for ansættelse af fase 3-læger og for kompensation ved ansattes sygdom, barsel m.v. for praksis i disse områder. Der skal udarbejdes nye administrative procedurer for håndtering delepraksis m.v.

	• Praksis med ansatte i disse områder får ret til godtgørelse ved sygdom, barsel, adoption m.v. • En del af basishonoraret differentieres i henhold til forskelle i patienters alder, køn og sygelighed og ud fra lægedækningstruede områder, jf. punkt 3 For alle praksis: • Den nedre åbnegrænse hæves fra 1.475 til 1.550 patienter. • 6 måneder før forventet ophør skal lægen meddele regionen, om lægen forventer at kunne afhænde praksis eller ej. Fire måneder før ophør (mod nuværende tre) disponerer regionen over ydernummeret, hvis lægen har angivet, at det ikke forventes, at praksis afhændes.	
5. Akutområdet	• Udbuds- og regionsklinikker drevet med hjemmel i sundhedsloven skal fremover indgå i lægevagtsbetjeningen, såfremt der indgås lokal aftale mellem regionen og PLO herom. • Regionernes opsigelsesvarsel ift. lægevagten forlænges fra de nuværende 12 til 18 måneder.	Det skal afklares, om der skal indgås en lokalaftale om, at nuværende og fremtidige regionsdrevne tilbud og udbudsklinikker skal indgå i lægevagten.
6. Program for KOL og diabetes type 2 i almen praksis	• En del af aktiviteten på sygehusambulatorierne vedr. patienter med diabetes type 2 og KOL flyttes ud i almen praksis. • Der indføres et fast, årligt kronikerhonorar pr. diabetes- og KOL-patient, som omfattes af programmet. Honoraret er uafhængigt af antallet af kontaktydelser i løbet af året. • Bestemte andre ydelser kan fortsat afregnes sammen med kronikerhonoraret. • Der er aftalt en øget opsporingsindsats i forhold til KOL-patienter og en indsats for børn med astma. Den praktiserende læge skal fremover udarbejde elektroniske forløbsplaner for sygdomsforløbet for patienter med KOL, diabetes eller lænde-rygproblemer.	Stille specialistrådgivning til rådighed til AP fra sygehuset. SVS-model på med. område/ erfaring kræft region H/ RSD Udarbejde plangrundlag i regi af PPU: • Implementeringsplan indeholdende: specialistrådgivning, indfasning af opgaveudflytning, snitfladeafklaring mv. • Tilrettelæggelse og implementering af opgaveflytningen • Implementering senest 1. juli 2020 Etablere et beredskab, der kan levere data, løbende kan sikre monitorering og kvartalsvis opfølgning • Udarbejdelse af baseline for forbrug af tillægs- og laboratorieydelser for KOL og Diabetes patienter 2016/2017 PKO anvendes strategisk i forhold til at sikre kommunikation og

	• Det er aftalt, at KOL og diabetes type 2 bliver obligatoriske temaer i den systematiske efteruddannelse og der tilbydes efteruddannelse på områderne til praksispersonale. • Der tilføres en samlet merøkonomi på kr. 151,8 mio. kr. – heraf 101,2 vedr. Diabetes og 50,6 vedr. KOL. • Tillægget udbetales via fast honorering i tillæg til den nuværende økonomi vedr. aktivitet for diagnoserne • Beløbet ligger indenfor praksis højestegrænse	videndeling? Beslutning om inventeringsmodel på sygehusene
7. Opbygning af kapacitet til en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme	De praktiserende læger skal i øget omfang forebygge, opspore, være opsøgende overfor patienter med særligt behov og behandle kroniske sygdomme hos deres patienter. Indsatsen skal særligt rettes mod de svært syge og de socialt udsatte borgere. Den praktiserende læge skal have særligt fokus på at hjælpe patienterne til at mestre deres egen sygdom og bidrage til at patienten har overblik over behandlingsforløbet.	Regional strategi for understøttelse af praksis i forhold til prioritering af målgrupper, stratificering af borgere og målretning af indsats. Hænger også sammen med indsatsområde 15: Indikatorer og monitorering – brug af trafiklys-model, udarbejde klinisk retningslinje Etablere beredskab, udvikle og drive effektive monitoreringsredskaber mellem sektorer – bør være regionalt i forhold til indsatsen mellem AP og sygehus Udfordring – EPJ er i udbud og forventes afsluttet om 2½ år. Det vil derfor være svært at udvikle nye standarder mm i det nuværende EPJ
8. Forløbsplaner	Den praktiserende læge skal fremover udarbejde elektroniske forløbsplaner for sygdomsforløbet for patienter med KOL, diabetes eller lænde-rygproblemer	Følgende skal afklares: • Hvem der formelt ejer planen • Planens konneks til e-kommunikation mellem sektorer • Planens tværfaglige brug a la svangrejournal • Om der bør være en ensartet forståelse af, hvordan planen anvendes og hvad der registreres og af hvem • Patientens rolle: læse og/eller skrive? PRO? Forløbsplanerne udvikles af DAK-E og skal implementeres i de enkelte lægesystemer. Er pt. under afprøvning. Det skal afklares, hvornår alle lægesystemer skal være klar, samt hvem, der er ansvarlig for, at de enkelte lægesystemer implementerer til rette tid og på rette vis. Etablere beredskab til løbende monitorering og kvartalsvis

		opfølgning
9. Tidlig opsporing af mennesker med lungesygdom	Indsatsen i almen praksis for tidlig opsporing af mennesker med lungesygdomme skal styrkes. Der afsættes midler til en øget tidlig opsporingsindsats målrettet borgere med uopdaget KOL. Indsatsen består af generelt kompetenceløft i forhold til opsporing og en konkret indsats for at udføre flere lungefunktionsmålinger.	En mere klar definition af målgruppe (de der i forvejen henvender sig eller beregnet tilgang?) og det måltal, der monitoreres på Beredskab på monitorering og opfølgning på aktivitet og måltal (årlig opgørelse). Formalisere samarbejde med lungemedicinsk afdeling og praksis for så vidt angår kompetenceudvikling – pågår i dag i SOF-regi via lokal PKO.
10. Styrket fokus på implementering og anvendelse af undersøgelsesprogram for astma hos børn og unge	Der er aftalt en øget opsporingsindsats overfor børn med astma: Implementering af ”Undersøgelsesprogram for astma hos børn og unge”	Der skal sikres lokal implementering på tværs af sektorer af udredningsprogrammet (udarbejdelse af et regionalt forløbsprogram? i DAK-regi for denne indsats) PKO/SOF inddrages for så vidt angår at sikre e-kommunikation og forventninger til hinandens opgaver og roller
11. Understøttelse af populationsansvar	Almen praksis skal have en mere proaktiv tilgang til patientbehandlingen via et IT-/databaseret overblik over patientpopulationen i egen praksis. Almen praksis og regionerne skal udbygge samarbejdet om deling af relevante patientdata til tværsektoriel gavn. Digitale netværkspraksis, hvor teknologiske løsninger kan afprøves i mindre skala og efterfølgende vidensdeling.	National afklaring af, hvilken ”motor,” der skal anvendes til at generere populationsdata og for hvilken økonomi. (motoren til DAK-E forløbsplaner er tilsyneladende forberedt hertil). OBS på sikring af implementering og datakvalitet. F.eks. via en national systemejer/ansvarlig og en MedCom-certificering, som man gør med FMK. Igangsætte/deltage i et udviklingsspor om øget digitalisering i almen praksis med udgangspunkt i rapporten ”Digital almen praksis” -. hvordan kan det teknisk og organisatorisk lade sig gøre at lave denne datadeling tværesektorielt på populationsniveau? (Patientniveauet formodes at være dækket ind af Forløbsplanerne i pkt. 8) Skabe et rum for tværsektorielle uddannelsesdage og inspirationsture for at udforske mulige løsninger i dette udviklingsspor Skabe rammerne for digitale netværkspraksis– i forlængelse af eksisterende samarbejdsfora

12. Tilskudsberettiget efteruddannelse	Type 2 diabetes og KOL bliver nye indsatsområder for systematisk efteruddannelse. Der etableres tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale indenfor disse to diagnoseområder.	Det er ikke aftalt, om kurserne udvikles og udbydes nationalt, eller om der skal iværksættes regionale initiativer
13. Patientoplevet kvalitet i almen praksis	Tilfredshedsundersøgelser skal fortsat gennemføres. Der skal udarbejdes nyt spørgekoncept, og der vil en gang årligt blive udarbejdet regional rapport for alle klinikker i regionen, hvor svar sammenlignes med regions- og lands-niveau.	Der skal opstilles procedure for den årlige behandling af rapporter.
14. Opprioritering af sygebesøgsopgaven	• Opprioriteres, så der vil blive kørt flere sygebesøg i patientens eget hjem og på de kommunale akutpladser. • Egen læge skal køre sygebesøg til egne sikrede med bopæl/ophold ud over 15 km. Kan aftale med stedlig læge, at denne aflægger besøget. • Mht. de kommunale akutfunktioner indgår i aftalen ikke et generelt ansvar for at dække kommunens akutpladser. Rammerne for denne opgave skal fastlægges i en underliggende aftale i regi af sundhedsaftale og praksisplan. • Der kommer honorarstigninger og rammeudvidelse til aktivitetsstigning. • Der afsættes 90 mio. kr. i 2018 stigende til 100 mio. kr. i 2020 til et varigt løft af økonomien til sygebesøg.	I regi af sundhedsaftale og Praksisplanudvalg skal rammen for sygebesøg til kommunale akutpladser fastlægges i en underliggende aftale. KLUerne skal arbejde for at etablere gode løsninger med stedlig læge, så der lokalt kan indgås lokale aftaler. Evt. drøftelse i Praksisplanudvalget.
15. Styrket opfølgningsindsats ved sektorovergange	Parterne er enige om, at der i visse situationer er behov for at sikre en særlig hurtig opfølgning i almen praksis efter en sygehusindlæggelse, særligt ved to forhold: • Behov for akut opfølgning i almen praksis inden for 1-2 hverdage efter sektorovergang (rødt flag) • Behov for opsøgende indsats fra almen praksis overfor særligt sårbare patienter med opfølgningsbehov efter sektorovergang, men som ikke selv henvender sig (gult flag) Forpligtelsen i henhold til overenskomsten om at følge op overfor patienter, der modtager behandling i flere sektorer, gælder som vanligt (grønt flag)	Der bør på regionalt niveau ske en forventningsafstemning for så vidt angår: • Indikationer på opfølgning i praksis - Definition af rødt, gult og grønt flag • Krav til opfølgning - Hvornår skal lægen ud og hvornår kan hjælpepersonale være opsøgende? Sikre en effektiv e-kommunikation mellem sygehus, kommune og almen læge, herunder tilretning af SAM:BO-retningslinjer og sundhedsaftalen

		Sikre procedure og arbejdsgang i tilfælde af ferie – PKO/SOF inddrages på baggrund af ferieoversigt fra PLO-Syd Etablere beredskab der løbende monitorering og kvartalsvis opfølgning. Afvente nationale vejledning fra patientsikringsstyrelsen og MedCom, jf. bilag 6 om epikriser og tekniske standarder for henvisninger og korrespondancer Være opmærksom på, at EPJ er i udbud, hvorfor der formentlig ikke vil være afsat større ressourcer til udvikling af nuværende EPJ
16. Kontrol og opfølgning på kræftpatienter	• Implementering af de 19 opfølgningsprogrammer for kræft, der har fokus på større individuel tilrettelæggelse af opfølgningsindsatsen. • Bedre opfølgningsindsats i almen praksis i forbindelse med overgang fra sygehus til almen praksis, samt fortsat og vedvarende opfølgning på kræftsygdomme generelt, også for patienter med afsluttet kræftforløb.	Tilrettelæggelse af proces lokalt til implementering af opfølgningsprogrammerne via Praksisplanudvalget Understøttelse af fokus i kvalitetsarbejdet i klyngerne på kræftopfølgning: Sammenhæng til specialistrådgivning?
17. Digital kommunikation mellem sektorer	• Styrket opsøgende indsats overfor sårbare borgere, som har et opfølgningsbehov efter indlæggelse eller ambulant kontakt på hospitalet. • Udviklingsarbejde af de tekniske meddelelsesstandarder, som sikrer den basale kommunikation mellem hospital, almen praksis og kommuner, herunder en ny epikrisestandard, en ny korrespondancemeddelelse mellem kommunens plejepersonale og almen praksis og bedre henvisninger fra almen praksis til sygehus.	Der er et udestående omkring FMK, som skal fremhæves i den regionale aktivitetsopfølgning FMK er slet ikke nævnt, men er en af indikatorerne for de 8 nationale kvalitetsmål Prioritering af regionalt arbejde med e-kommunikation i kvalitetsafdelingen PKO skal inddrages i udfærdigelse af anbefalinger for e-kommunikation/anvendelse af nye standarder mm.
18. Oplysninger om adgangsforhold i almen praksis	Nuværende oplysninger om adgangsforhold på praksisdeklarationen skal suppleres med oplysninger om: • Niveaufri adgang fra gadeplan • Plant areal foran yderdør • Elevator m. angivelse af størrelse	Det skal afklares, om regionen vil tilbyde konsulentbistand/ekstern-objektiv vurdering af adgangsforholdene i praksis Praksis skal først indrapportere i forbindelse med nyt administrationssystem Praksys.dk i 2017 (2018)

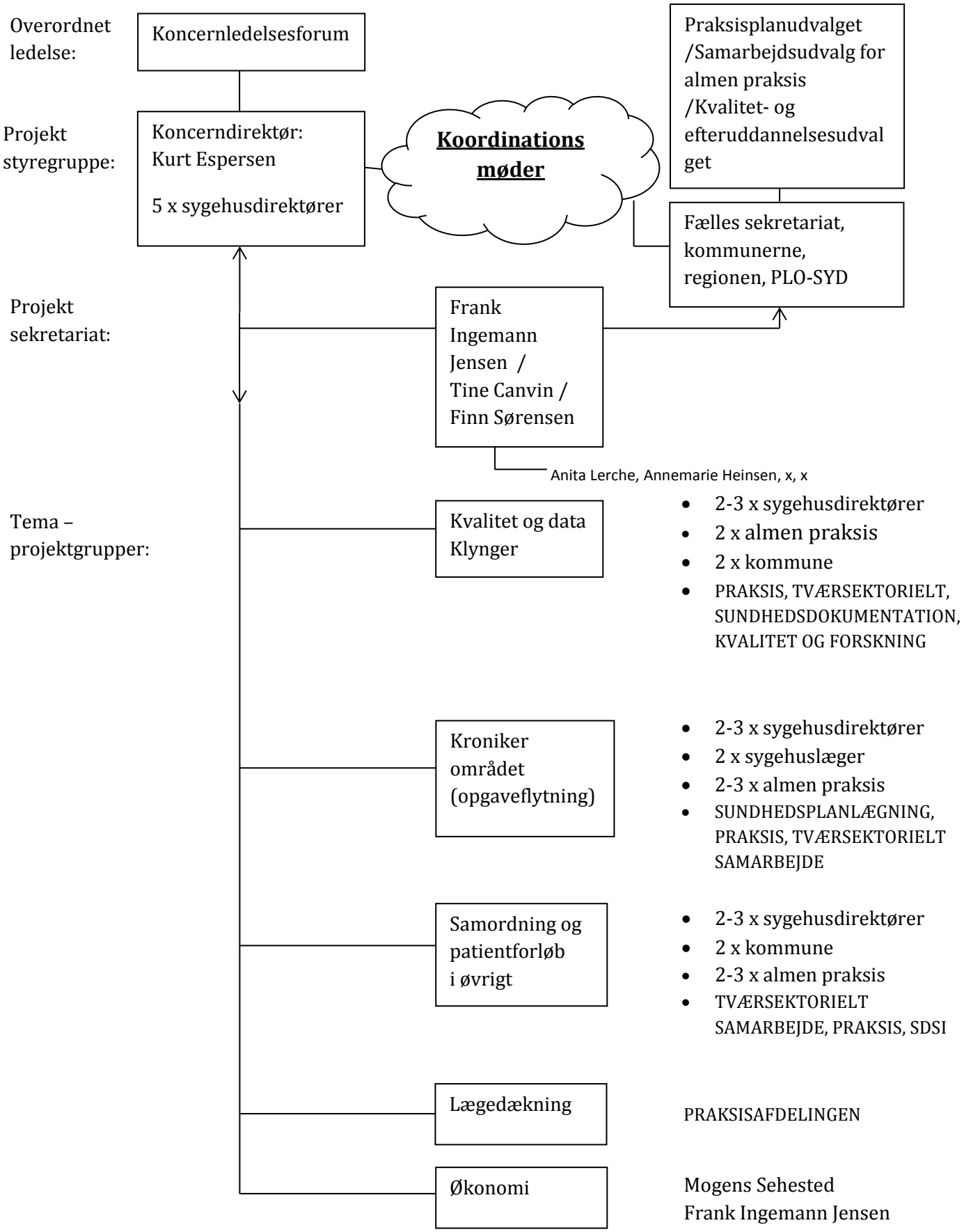
	• Trappestol • Min. bredde på adgangsveje (indgangsparti) • Min. Bredde på offentlig tilgængelige døre i klinikken, herunder toiletdør • Toilet anvendeligt for kørestolsbrugere • Handicap p-plads i nærheden Ved nybygning og væsentlig ombygning er det et krav at etablere adgangsforhold i henhold til byggelovgivningens regler.	
19. Milepælsplan for adgang til data i almen praksis	Parterne er enige om, at almen praksis igen og hurtigst muligt skal leve op til de lovgivningsmæssige forpligtelser, og også at sikre at borgerne, efter eget valg, kan få adgang til egne kliniske data fra almen praksis. De praktiserende læger er ansvarlige for, at data kan afsendes fra praksissystemer, mens regionerne er ansvarlige for, at data kan modtages de respektive steder.	Regionen har organiseringen, der kan løfte opgaven, men den er ikke nødvendigvis gnidningsløs og problemfri, da der er mange aktører på banen (lægesystemer m.m.)
20. Andre konkrete ændringer til overenskomsten	Der skal ske en gennemskrivning og teknisk tilretning af overenskomsten, så den er tidssvarende i forhold til lovgivning m.v. Både regionen og PLO har et aktivt medansvar for at levere information og vejledning med henblik på at bistå med at sikre, at aktiviteten holder sig indenfor økonomiloftet.	Som konsekvens af den tekniske tilretning af overenskomstteksten skal ske administrativt ske sikring af, at alle bemyndigelser, aftaler m.v., som henviser til overenskomsttekst, paragrafnumre m.v. konsekvensrettes. Kontinuerlig regional opsamling på aktivitetsniveauet m.v. i almen praksis.
21. Aftalens økonomi	Af den samlede vækst på kr. 572,9 mio. i år 1 udgør en stigning i basishonoraret kr. 171,0 mio. Det dækker over opgaver til udarbejdelse af forløbsplaner, børneastma, opbygning af kapacitet til kronikerbehandling samt opfølgning på epikriser. Desuden indgår kr. 8 mio. af midlerne tænkt til sygebesøg. Basishonorarstigningen i år 2 er kr. 227,7 mio. og kr. 262,0 mio. i 3, aftaleår. Det betyder, at bruttohonoraret alene stiger med kr. 36,6 mio. i Region Syddanmark i 2018. Med afsæt i en samlet økonomi i år 1 på kr. 572,9 mio. forventes rammen til Almen lægehjælp i Region Syddanmark at skulle øges med kr. 122,6 mio. For de øvrige aftaleår stiger rammen med henholdsvis kr. 148,2 mio. og kr. 163,3 mio. Det skal sættes i forhold til en samlet økonomi til almen lægehjælp på kr. 2,0 mia. i 2017, og at realvæksten mellem Budget 2016 og Budget 2017 er kr. 16 mio. for alle aftaleområder. Realvæksten til Budget 2018 er kr. 12 mio.	Skal indarbejdes i budget 2018.

	inklusiv udvidelse af kapaciteten på speciallægeområdet. Med udgangspunkt i de aftalte DUT-midler for 2016 vil der under en række forudsætninger være dækning for dele økonomien i den aftalte ramme med PLO. Såfremt alle midlerne udelukkende bevilges til almen praksis, synes der at være en manko på kr. 57,1 mio. i 2018, kr. 128,0 i 2019 og kr. 188,5 i 2020 på landsplan. Den tilsvarende underfinansiering for Region Syddanmark vil være minimum kr. 12,2 mio. i 2018, kr. 27,4 mio. i 2019 og kr. 40,3 mio. i 2020.	

TC 180917

Ny PLO – aftale 2018-2020
Organisering af implementeringsarbejdet

2/10-2017



Overleveringspapir til Sundhedskoordinationsudvalget 2018-2021

Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget 2014-2017 udarbejdet et overleveringspapir til det nyvalgte Sundhedskoordinationsudvalg, som fra den 1. januar 2018 skal overtage det politiske arbejde med det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Overleveringspapiret beskriver erfaringer vi har gjort samt en række anbefalinger til det videre arbejde med nogle af de fælles sundhedspolitiske udfordringer, vi står overfor.

Sundhedskoordinationsudvalgets politiske arbejde

Vi er i Sundhedskoordinationsudvalget kommet langt med at forbedre det tværsektorielle sundhedssamarbejde, og det giver et godt udgangspunkt for den næste sundhedsaftale. Som afgående udvalg håber vi, at I vil fortsætte denne udvikling, men det kræver blandet andet, at I:

- *styrker det kommunale og regionale politiske ejerskab til sundhedsaftalen*
- *sætter yderligere politisk retning, herunder påvirker den nationale dagsorden*
- *skaber en dynamisk sundhedsaftale med få mål*
- *løbende formidler resultater af sundhedssamarbejdet og betydningen for de syddanske borgere*

På tværs af kommuner, region og almen praksis har vi forskellige udgangspunkter og incitamenter. Forskellene til trods er vores visioner på mange måder ens:

- *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*
  Centralisering og specialisering af sygehusene udfordrer primærsektoren. Sundhedskoordinationsudvalget skal have fokus på de lokale konsekvenser af udviklingen. Vi skal i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med afsæt i ønsket om at finde fælles løsninger til gavn for borgeren.

- *Lighed i sundhed*
  Ulighed i sund er stigende. Sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet, og vi skal derfor gøre mere for at forebygge og reducere ulighed i sundhed, særligt for sårbare grupper og kortuddannede.

- *Et styrket tværsektorielt samarbejde*
  Det er nødvendigt at styrke det tværsektorielle samarbejde, hvis vi skal løse de udfordringer, vi står overfor. Vi skal se fordomsfrit på opgaveløsningen og udnytte vores kompetencer til at løse opgaven bedst muligt - til gavn for borgeren. Vi skal eksempelvis arbejde for en tættere kobling af sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.

- *Borgerene og pårørende i centrum*
  Det giver værdi, når borgere og pårørende inddrages i udviklingen af sundhedsvæsnet samt i egen behandling og rehabilitering. Vi skal støtte borgerne i at kunne tage ansvar for deres egen sundhed.

- *Et udvidet samarbejde med civilsamfundet*
  Oplevelsen af et godt helbred og gode relationer er vigtige for en god livskvalitet. Et tættere samarbejde med civilsamfundet rummer et potentiale for det tværsektorielle samarbejde, eksempelvis i forhold til at skabe mere sammenhængende forløb.

Status for Sundhedsaftalen 2015-18
Sundhedskoordinationsudvalget har i den nuværende sundhedsaftaleperiode arbejdet med følgende tre visioner for det tværsektorielle sundhedssamarbejde:

- *Sundhed gennem et rehabiliterende samarbejde med borgeren*
  Vi skal møde borgeren som en ansvarlig samarbejdspartner, der bidrager til og er medbestemmende i sit eget forløb. Vi skal inddrage borgerne aktivt, når vi træffer de overordnede beslutninger om, hvordan vi indrettet vores sundhedsvæsen.
- *Sundhed for alle*
  Særligt udsatte grupper skal have særlige tilbud. Vi skal give borgere med psykisk sygdom og socialt dårligt stillede borgere samme muligheder for at opnå et godt helbred som andre borgere.
- *Sundhed med sammenhæng*
  Vi skal tilbyde borgerne forebyggelse, behandling og rehabilitering, som hænger sammen på tværs af grænserne mellem kommuner, sygehuse og almen praksis. Alle parter skal levere det rigtige tilpasset borgeren på rette tid og sted.

Visionerne er stadig aktuelle, og det vil være relevant at arbejde videre med dem i Sundhedsaftalen 2019-2022.

Vi er lykkedes med mange opgaver i den nuværende aftaleperiode, blandt andet har vi:

- Udviklet et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL og har et på vej for diabetes
- Videreudviklet samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivelse (SAM:BO) til socialpsykiatrien
- Skabt grundlaget for gennemsigtighed i forbindelse med overdragelse af opgaver
- Udviklet samarbejdet om genoptræning af psykiatriske patienter, så patienter kan få genoptræning både i forhold til deres psykiske og somatiske behov

Desuden er der i perioden udarbejdet en lang række samarbejdsaftaler for forskellige målgrupper, eksempelvis borgere med psykiatrisk diagnose og samtidig misbrug, sårbare gravide, udviklingshæmmede med psykiatrisk diagnose, IV-behandling med antibiotika og væske, lavpotent kemoterapi m.fl.

Anbefalinger til Sundhedsaftalen 2019-2022

Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget drøftet en række sundhedspolitiske udfordringer, som kan være af betydning for Sundhedsaftalen 2019-2022:

- *Rygning*
  Rygning er den enkeltstående faktor, der påvirker folkesundheden mest, både målt i sygelighed og dødelighed. Over halvdelen af alle rygere har et ønske om at stoppe, og Syddanmark er den region med flest dagligrygere.
  Vi anbefaler at styrke samarbejdet om at reducere rygning og forebygge at børn og unge starter med at ryge.

- *Psykisk sygdom*
  I Sundhedsaftalen er psykiatri og somatik ligestillet, men der er stadig brug for, at vi gør en særlig indsats.
  Vi anbefaler et fortsat fokus på mennesker med psykisk sygdom, herunder blandt andet mennesker med psykisk sygdom og et samtidigt misbrug.
- *Børn og unges mentale sundhed*
  Sundhedsprofilen "Hvordan har du det? 2013" og andre undersøgelser har peget på en negativ udvikling i mental trivsel hos børn og unge, særligt unge kvinder.
  Børn og unges mentale sundhed har været et vigtigt indsatsområde for os og vi anbefaler, at det nye udvalg fortsat har fokus på børn og unges mentale helbredsproblemer.
- *Den ældre medicinske patient*
  Høj alder er forbundet med en øget risiko for at udvikle sygdom, som kræver behandling på enten sygehus eller i almen praksis og efterfølgende pleje og rehabilitering i kommunen.
  Vi anbefaler at fortsætte de senere års fokus på at forbedre samarbejdet om ældre medicinske patienter.
- *Senfølger af kræft*
  Vi bliver bedre og bedre til at behandle kræftsygdom. Det betyder, at flere patienter lever med senfølger af en kræftsygdom eller dens behandling.
  Vi anbefaler at styrke det tværsektorielle samarbejde i overgangen fra sygehusbehandling til kommunal rehabilitering, herunder fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Som Sundhedskoordinationsudvalg har vi været med til at skabe en god politisk dialog mellem kommuner, region og almen praksis. Vi satte os ambitiøse mål for Sundhedsaftalen 2015-2018 og er nået langt, men der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde yderligere.

God arbejdslyst

Sundhedskoordinationsudvalget 2014-2017
Den 19. december 2017

_____	_____
Tage Petersen (V), Region Syddanmark	Henning Ravn (V), Esbjerg Kommune
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget	Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark består udover Henning Ravn (V) og Tage Petersen (V) af: Jørgen Skadborg, (PLO Syddanmark) Mireille Lacroix (PLO Syddanmark), Erik Rosengaard (V, Nyborg), Jørn Lehmann Petersen (A, Region Syddanmark), Povl Kylling Petersen (A, Aabenraa), Anni B. Tyrrestrup (O, Middelfart), Susanne Crawley Larsen (B, Odense) og Marianne Mørk Mathiesen (I, Region Syddanmark).

Høringssvar - nye forløb SAM:BO-forløb i.f.t. Socialpsykiatri

Generelle bemærkninger

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Tidsfrist i.f.m. gennemførelse af udvidet koordinering.	Billund Kommune	I forhold til tidsfrister under punktet, 8.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelse afsnit 8.3.2. vedr. patienter med kompliceret forløb, kan vi forud se at det kan være svært at overholde fristen på 2 dage, med henblik på gennemførelsen af den udvidede koordinering.	Kommentaren er modtaget. Problemstillingen har været forelagt formandskabet, der anfører, at der er taget højde for det.
Udskrivelse i løbet af weekenden	Sygehus Lillebælt	Det vurderes ikke hensigtsmæssigt, hvis der ikke kan udskrives patienter i weekend eller på helligdage tilsvarende somatiske patienter. Konsekvensen vil blive, at sygehuset har overliggende patienter i weekenden/ helligdagene til trods for, at patienten vil være parat til udskrivelse. Denne kapacitetsdimensionering er ikke tilstede, og findes derfor uhensigtsmæssig.	Imødekommes ikke. Der er mulighed for at udskrive patienter i løbet af weekenden. Det kræver alene god kommunikation og planlægning. Der er tale om et grundlæggende princip i den eksisterende SAM:BO-aftale.
Tidspunkter for læsning af korrespondancer.	Sygehus Lillebælt	I forløbene står der flere steder, at kommunen læser korrespondancer hverdage indtil kl 15.30 For Somatikken læses disse alle dage minimum 3 gange, kl 7, 15 og 23 Er det færre gange i Socialpsykiatrien?	Kommentaren er modtaget. Ja, i Socialpsykiatrien er det alene et krav, at der læses korrespondancer frem til 15:30 i hverdage. Tidspunktet er fastlagt med udgangspunkt i almindelig arbejdstids ophør. I den eksisterende SAM:BO skal man også læse plejeforløbsplaner frem til kl. 15:30.
	Sygehus Sønderjylland	Læsetidspunkterne for kommunen er ikke de samme som i aftalerne for hjemmeplejen, hvor	Kommentaren er modtaget.

		der står, at kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det skal de måske heller ikke være?	Nej, læsetidspunkterne er ikke identiske, jfr. ovenfor.
	Esbjerg	Kommunerne er forpligtet til at udsøge korres-pondancer fra eksterne samarbejdsparter dagligt kl. 7:00, 15:00 og 23:00. I de udarbejdede bilag lægges flere steder op til en kommunal udsøgning kl. 15:30. Dette vil være en ekstra og absolut uhensigtsmæssig kommunal arbejdsgang.	Imødekommes ikke. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. I den eksisterende SAM:BO skal man også læse plejeforløbsplaner frem til kl. 15:30.
Struktur/ opbygning	Odense Kommune	Det anbefales, at de nye SAM:BO forløb gennemskrives, således det fremgår meget tydelig, under hver rubrik, hvilken sektor der har ansvaret og hvem der gør hvad. Der står fx flere steder i materialet man. Det kan evt. gøres med nogle farvekoder.	Imødekommes ikke. De nye forløb følger opbygningen i de eksisterende SAM:BO-forløb. ”Man” er anvendt én gang i hvert forløb.
Behov for socialpsykiatrisk støtte	Odense Kommune	I afsnit om kommunikation ved hjemsendelse, fremgår det i alle tre forløb, at man skal være opmærksom på behov for socialpsykiatrisk støtte, vurdering og bevilling af dette er et kommunalt ansvar.	Imødekommes ikke. Vi tydeliggør alene mulige problemstillinger. Vi tager ikke stilling til hvorledes kommunen håndterer behov og problemstillinger.
Anvendelse af standarder	Odense Kommune	Odense Kommune anbefaler, at der i størst muligt omfang benyttes standarder, fremfor korrespondance meddelelser, fordi korrespondance lægger op til prosa tekster, som er ressourcetunge. I dag bruger psykiatrien allerede MED COM standarderne XD 16, XD 18 og XD 21.	Imødekommes ikke. Vi er enige i, at det ville være langt nemmere at anvende standarder. Men da vi er udfordrede i forhold til forskellige lovgivninger og de forskellige

			personalers adgang til oplysninger, har vi været nødt til at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer. Vi er opmærksomme i forhold til MedComs analysearbejde i forhold til at anvende eksisterende eller nye MedCom-standarder indenfor socialpsykiatrien.
Samtykke	Odense Kommune	Vedr. samtykkeerklæringer, det skal være tydeligt om disse gælder både det sundhedsfaglige og socialfaglige område og i hvilket omfang samtykke erklæringen gælder.	Imødekommes ikke. Det er et generelt krav, at der altid skal indhentes samtykke, når der udveksles oplysninger. Afsender skal sikre samtykket. Baggrunden for at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer er netop, at det pædagogiske personale ikke arbejder efter sundhedsloven, og derfor ikke har lov til at se alle oplysningerne i en plejeforløbsplan. Der gælder ikke særlige regler for samtykke indenfor psykiatrien, men man bør naturligvis altid være opmærksom på, om patienten er i stand til at overskue konsekvenserne af sit samtykke.
Beskrivelse af målgruppen	Odense Kommune	Vedr. målgrupperne. Kommunerne er i kontakt med mange indenfor socialpsykiatrien, der ikke har bostøtte, men i stedet fx mentorer, social viceværter etc. Arbejdsgruppen kan overveje,	Imødekommes. Der er udarbejdet definitioner af en socialpsykiatrisk borger og af

		om målgruppen skal beskrives mere overordnet så alle relevante borgere er med.	socialpsykiatri, som er sat ind i nøgleordslisten.
	Sydvestjysk Sygehus	Hvad er definitionen på en socialpsykiatrisk patient?	
Orlov	Odense Kommune	Der er flere steder nævnt "orlov", det kræver en nærmere beskrivelse fx er det i forbindelse med job, eller er det orlov fra en sygehusseng?	Imødekommes. Orlov forstås alene som orlov fra en sygehusseng i forbindelse med en aktuel indlæggelse. Det præciseres i følgende afsnit: 8.2.4. 8.3.2 8.3.1. fjernet af arbejdsgruppen (fejl)
Ændret behov	Odense Kommune	Der er flere steder nævnt ændret behov, her anbefales at følgende tilføjes: op til indlæggelsen.	Imødekommes ikke. Ændrede behov kan både være inden indlæggelsen og under indlæggelsen. I beskrivelsen af den konkrete situation må det fremgå, om det er den ene eller anden situation.
ID-armbånd	Odense Kommune	Afsnit 6.1.2 – af hensyn til patientsikkerheden er det vigtigt med ID-armbånd, men kommunen kan være udfordret på, at nogle i målgruppen ikke ønsker et armbånd. Arbejdsgruppen bedes vurdere, om der efter påføres et ID-armbånd kan tilføjes efter en konkret vurdering.	Imødekommes ikke. Formuleringen er identisk med den som er godkendt i de eksisterende SAM:BO-forløb i forløb 0.1.2.

Formulering i forhold til indholdet i den socialpsykiatriske korrespondance.	Odense Kommune	Afsnit 8.1.3 – følgende, med kursiv, foreslås tilføjet. Den indlagte socialpsykiatriske korrespondance *kan* indeholde oplysninger om…	Imødekommes, delvist. Den indlagte socialpsykiatriske korrespondance **indeholder relevante** oplysninger om: ….
Formulering i afsnit 8.3.2.	Odense Kommune	Afsnit 8.3.2 – første kolonne er svær at forstå og bør gennemskrives.	Imødekommes ikke. Formuleringen er identisk med den som er godkendt i de eksisterende SAM:BO-forløb i.f.m. indlæggelser over 48 timer.
Kopi af socialpsykiatrisk udskrivningsrapport/medicinliste/evt. genoptræningsplan til patienten.	Odense Kommune	Afsnit 8.4.2 – Sidste afsnit er ikke relevant at have med i SAM:BO forløb.	Imødekommes ikke. Det er relevant ud fra et patientinddragelsesperspektiv.
Kommunikation fra læge til socialpsykiatri	Sygehus Sønderjylland	Det efterlyses, hvordan man som læge tilknyttet et somatisk speciale orienterer psykiatrien/socialpsykiatrien om evt. forværring i en fælles patients psykiske lidelse.	Kommentaren er modtaget. Samarbejdsaftalen henvender sig til al sundhedsfagligt personale, så lægen kan anvende en korrespondance som alle øvrige personalegrupper.
Arbejdsgange i.f.m. borgere med tilknytning til såvel social som sundhed	Sygehus Sønderjylland	En udfordring kan være, at det forventes, at der skal sendes sammenfaldende oplysninger både til hjemmesygeplejen og socialpsykiatrien. Dvs. at man risikerer både at skulle sende en udskrivningsrapport og socialpsykiatrisk korrespondance.	Kommentaren er modtaget. Der bør ikke være sammenfaldende oplysninger i indholdet, idet de socialpsykiatriske korrespondancer indeholder oplysninger, der ikke er indeholdt i de øvrige dokumenter.

			Der kan dog være enkelte tilfælde, hvor det er nødvendigt at sende både en udskrivningsrapport og socialpsykiatrisk korrespondance.
	Sydvestjysk Sygehus	Hvordan skal kommunikationen foregå hvis patienten både er i kontakt med socialpsykiatrien og hjemme(syge)plejen?	Kommentaren er modtaget. I forbindelse med sundhedsfaglige problemstillinger, skal de eksisterende SAM:BO-forløb 0-5, anvendes. Hvis der er tale om socialfaglige problemstillinger, anvendes de nye forløb 6-8.
Afgrænsning af forløb 7	Sygehus Sønderjylland	For hver aftale er der anført en afgrænsning. I aftale nr. 7 er det anført, at det omhandler psykiatriske ambulante forløb af kortere eller længere varighed. For aftale nr. 6 og 8 er der ikke anført psykiatri i afgrænsningen. Det er umiddelbart svært at gennemskue, hvorfor der er anført psykiatri det ene sted og ikke de to øvrige steder.	Imødekommes. Det er en fejl i nr. 7 – som er rettet.
	Fredericia Kommune	Det fremstår uklart og uens i de tre fremlagte forløb, hvorvidt de enkelte forløb retter sig mod somatiske, hhv. psykiatriske forløb. - Afsnit 6: Det fremgår, af s. 1 øverst, at Forløbsoversigten retter sig mod Fælles Akut Modtagelse (FAM) og Psykiatrisk Akut Modtagelse (PAM); dvs. både somatiske og psykiatriske forløb - Afsnit 7: Det fremgår af s. 1 øverst, at forløbsoversigten fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med psykiatriske	

		ambulante forløb – dvs somatiske forløb nævnes ikke direkte. Dog fremgår det af stk 7.1.2 at "Sygehuset (=psykiatrisk?) modtager henvisningen, og sender seneste 8 hverdage (for somatikken senest 2 hverdage) efter en indkaldelse til borgeren…". - Afsnit 8: Afsnittet afgrænser sig til "Akutte og planlagte indlæggelsesforløb", uden nærmere specificering. Ovenstående kan med fordel tydeliggøres.	
Korrekturmæssige rettelser – kontakt til skadestuen (patient)	Sygehus Sønderjylland	Vedr. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien Punkt 6.1.1.: Det er anført, at borger/kommune skal kontakte skadestuen (somatisk) inden besøget. Dette er ikke korrekt. Samtlige henvendelser skal ske via visitationen i Esbjerg, hvor alle skal henvende sig, før de opsøger skadestuen. Tlf.nr. dertil er 70 11 07 07. http://www.sygehussonderjylland.dk/wm371881 Forslag til tekst: Borger/kommune skal kontakte visitationen telefonisk inden besøg på skadestuen.	Imødekommes ikke. Teksten er identisk med den eksisterende reviderede godkendte SAM:BO – forløb 0.
Kontakt til skadestuen (kommunen)	Sygehus Sønderjylland	Punkt 6.1.2: Praktisk anses det som en udfordring, at kommunen ringer til skadestuen, idet det kan være svært at træffe den medarbejder fra plejegruppen, som er ansvarlig for patientens forløb.	Imødekommes ikke. Teksten er identisk med den eksisterende reviderede godkendte SAM:BO i forløb 0.
Medicinændringer	Sygehus Sønderjylland	Punkt 6.2.3: Bør der, som i aftalen for hjemmeplejen under	Imødekommes ikke.

		punkt 0.2.3, stå "Er der foretaget medicinændringer under besøget, skal der medgives en medicinliste"?	Såfremt der er foretaget ændringer i medicinen, skal forløb 0 anvendes.
Patienter, som ikke er kendt i det socialpsykiatriske system	Sygehus Sønderjylland	Bør der ikke stå noget i kolonnen omhandlende patienter, som ikke er kendt i de socialpsykiatriske system?	Imødekommes ikke. I forløbet 8.2.3. skal der sendes en socialpsykiatrisk korrespondance for patienter, som ikke er kendt i de socialpsykiatriske system. Arbejdsgangen skal sikres i kommunen.
	Sygehus Sønderjylland	Punkt 6.2.6: Ved et skadestuebesøg sendes ikke en epikrise, men der sendes et skadekort til egen læge.	Imødekommes ikke. I RSD sender man ikke skadekort, men man sender en ambulant epikrise. Er identisk med forløb 0
	Sygehus Sønderjylland	Punkt 7.1.2: I parentes står "for somatikken senest 2 hverdage" – er det nødvendigt at skrive dette, idet der under afgrænsningen først i dokumentet står, at det drejer sig om psykiatriske ambulante forløb? (dette afhængig af svaret til bemærkning 4 under generelle bemærkninger).	Imødekommes.
Differentiering mellem borgere med forskellige behov for støtte. Skelne mellem tyngden hos borgerne	Fredericia Kommune	Særligt i forbindelse med borgere, der har brug for omfattende støtte (borgere i botilbud), er det væsentligt med skærpet opmærksomhed og tæt korrespondance mellem sygehus og kommune omkring udskrivelser. Der opfordres derfor til, at	Imødekommes ikke. Der kan ikke differentieres, idet bostøtte kan gives både på et bosted og i eget hjem.

i.f.t. frister og procedurer		der i forløbenes frister og procedurer skelnes tydeligt mellem de borgere der modtager begrænset støtte, og som har en løs tilknytning til kommunes socialpsykiatriske medarbejdere (som f.eks. paragraf 85), og de borgere der har en fast og massiv tilknytning til kommunens socialpsykiatriske tilbud (f.eks. borgere i botilbud).	Differentiering kendes heller ikke i de eksisterende SAM:BO-forløb.
Handlingsbeskrivelse ved forkert modtager på korrespondancer	Fredericia Kommune	Med en større kompleksitet i samarbejdet, flere kommunale modtagere og lokationsnumre, øges risikoen for at henvendelser havner hos den forkerte modtager. For at sikre hurtige kommunikationsgange, samt rettelser af fejl, bør SAM:BO desuden indeholde procedurer for håndtering af henvendelser med forkert modtager.	Imødekommes ikke. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. Forpligtelsen med at videresende til rette modtager er et almindeligt forvaltningsretligt princip.
Udeblivelse - ambulante patienter	Sydvestjysk Sygehus	Bekymring om den praktiske udførelse af SAM:BO-forløbet – specielt på den ambulante del: Hvad sker der hvis patienten ikke dukker op til de aftalte tider? Dette er dog en generel SAM:BO-problemstilling, som gælder alle patienttyper.	Kommentaren er modtaget. Det er en generel problemstilling, som gælder alle patienttyper. Problemstillingen skal ikke specifikt behandles i.f.m. med kommunikationen i.f.t. Socialpsykiatrien.
Tid til implementering	Fredericia Kommune	For mange kommuner vil de tre nye forløb indebære en betydelig teknisk og organisatorisk implementeringsopgave, som kræver stor koordinering både internt i kommunen, samt tværsektorielt mellem områdets aktører – herunder også de privatpraktiserende læger. I tidsplanen for implementering bør derfor	Imødekommes. Tidsperspektivet er inddraget i forbindelse med udarbejdelse af forslag til implementeringsplan.

		afsættes tilstrækkelig tid til at sikre en grundig proces i kommunerne, og dermed øge mulighederne for en succesfuld implementering.	
	Middelfart Kommune	Det er væsentligt, at der i implementeringsplanen medtænkes, at der skal være tid til, at kommunale arbejdsgange justeres og at fagsystemer tilrettes i forhold til at kunne håndtere den elektroniske korrespondance. Der er aktuelt nogle systemer, der ikke kan håndtere denne korrespondance.	
	Sønderborg Kommune	Set i lyset af, hvor stor opgaven var da SAM:BO i somatikken, skulle implementeres, er det vigtigt, at erfaringerne herfra indarbejdes i implementeringsplanen for SAM:BO psykiatri. Der skal i implementeringsplanen tages højde for, hvor parate parterne er i forhold til både erfaring med SAM:BO og tekniske muligheder. Implementeringen bør følges tæt i regi af SOF.	I forbindelse med implementeringen anvendes samme organisering som ved den eksisterende SAM:BO-aftale.
Målgruppe for de nye forløb og udfordring med at få besked videre til rette vedkommende	Vejen	SAMBO forløbene for det somatiske- og psykiatriske område retter sig mod alle borgere/patienter, uanset diagnose eller de kommunale tilbud de modtager. De nye SAM:BO forløb retter sig imidlertid mod en bestemt borger/patientgruppe, nemlig dem som har kontakt til socialpsykiatrien. Når man bryder med dette princip, så skal sygehusene og kommunen vide, om borgerne/patienterne har kontakt til socialpsykiatrien for at kunne anvende de nye forløb. Vi ved det måske i kommunen, men sygehusene ved det ikke og det er slet ikke sikkert at borgeren fortæller dem det. Så vil parterne anvende de kendte SAM:BO forløb, og	Kommentaren er modtaget. Dette er en konsekvens af, at vi arbejder med en udvidelse, hvor man vil kommunikere med en ny forvaltning i kommunen – nemlig ”Social- og psykiatriområdet”. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. Forpligtelsen med at videresende til rette modtager er et almindeligt forvaltningsretligt princip.

		vi vil i kommunen have udfordringen med at få beskederne videre til rette vedkommende.	Er der anvendt et forkert forløb, bør kommunen således også gøre afsender opmærksom på det. Det er ikke muligt at anvende samme forløb på grund af de lovgivningsmæssige udfordringer, idet mange ansatte indenfor Socialpsykiatrien ikke arbejder under Sundhedsloven.
	OUH	Vi vil tillade os at bemærke, at det ville være en stor fordel, hvis én samarbejdsaftale kunne rumme alle patientforløb. Vi kan ikke se hvor socialpsykiatrien skiller sig ud fra psykiatrien, som jo har tilsluttet sig somatikkens forløb og kommunikationsredskaber.	
Borgere, som modtager hjælp fra flere afdelinger i kommunen	Vejen	Borgeren kan modtage hjælp fra såvel sygeplejen, hjemmehjælpen som socialpsykiatrien i kommunen. Hvem vælger sygehuset så, at kommunikere med i disse tilfælde? Kommunen har kun ét lokationsnummer, så der skal være aftaler i kommunen for hvem der udsøger hvilke beskeder. Det kan til dels håndteres, men når flere kommunale områder skal have besked, så har vi en stor udfordring i at første modtager orienterer de øvrige kommunale aktører. Her kan vi let gå hen at misse beskeder, ligesom det er en meget stor opgave at give frontpersonalet, hvad angår tidsforbruget.	Kommentaren er modtaget. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. Der kan være udfordringer i forhold til det IT-mæssige, men det skal understøttes af manuelle arbejdsgange i den enkelte kommune.
	Esbjerg	Det forudsiges generelt, at både region og kommuner bliver udfordret, da mange borgere	Kommentaren er modtaget.

		ikke er ”rene” somatiske eller socialpsykiatriske. Ofte er der problemstillinger indenfor begge områder, hvorfor it-understøttelse målrettet det enkelte område betragtes som problematisk.	Såfremt der kommunikeres med flere forvaltninger, er det ensbetydende med flere meddelelser.
	Esbjerg	Ved borgere, der modtager leverancer fra både Sundhed og fra Social, kan de kommunale arbejdsgange for håndtering af Socialpsykiatriske korrespondancer blive en udfordring i forhold til, hvem der har ansvaret for korrespondancen.	Kommentaren er modtaget. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen.
Organisering – internt i kommunen	Esbjerg	Samtidig vil vi gerne gøre opmærksom på, at borgere med multiple funktionsnedsættelser og erhvervet hjerneskade i Esbjerg Kommune modtager indsatser fra Social & Tilbud. Der er i f.t. til elektroniske beskeder vedrørende disse borgere også en udfordring.	Kommentaren er modtaget. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. Der kan ikke tages højde for de enkelte kommuners forvaltningsstruktur.
Nye selvstændige forløb	Vejen	De nye forløb kommer til at ligge som selvstændige forløb og ikke som en integreret del af de nuværende forløb i SAM:BO, som efterhånden er kendte og anvendt på drifts niveauet. Vi kan frygte, at de tre nye forløb blot er starten på flere lignende forløb, hvor man ønsker at sende beskeder direkte til en bestemt funktion i kommunen. Det kan vi aktuelt ikke håndtere, så jo flere der kan anvende de eksisterende forløb, jo mere fleksibel vil kommunikationen være.	Imødekommes ikke. Vi er enige i dette dilemma. Men på grund af lovgivningen, har vi været nødt til at lave nye forløb i.f.t. socialpsykiatrien.
Ny elektronisk patientjournal på vej	Vejen	Vi står for at skulle udskifte den elektroniske patientjournal. Det er endnu uklart hvilke muligheder dette system giver i forhold til at dokumentere elektronisk. Denne forudsætning	Imødekommes ikke. Det kan vi desværre ikke tage højde for.

		skal tages i betragtning i forhold til dele af høringssvaret.	
Udskrivning	Esbjerg	Det er tilfredsstillende, at det i oplægget understreges, at borgere kun i særlige tilfælde kan udskrives i weekends og i øvrigt efter aftale med kommunen. Dog er Esbjerg Kommune opmærksomme på, at borgere bør udskrives på færdigbehandlingsdagen, medmindre kommunen har vurderet, at borger skal udskrives til andet end eget hjem og det ikke er muligt at skaffe plads det pågældende sted.	Kommentaren er modtaget. Vi er enige i, at patienten skal udskrives, når man er færdigbehandlet.
2 typer indlæggelsesforløb/ Afgrænsning/terminologi	Esbjerg	I forhold til indlæggelsesforløb beskrives 2 typer "Akutte indlæggelser" og "Planlagte indlæggelser". I SAM:BO aftalen skelnes mellem "Indlæggelserunder og over 48 timer". En ny og anderledes definition vil give anledning til misforståelser og det er for os ikke muligt at identificere rationalet i at tilføje en ny definition af typer af indlæggelser.	Imødekommes ikke. Det er vurderet, at det i forhold til socialpsykiatrien ikke er nødvendigt at skelne mellem to forløb (over og under 48 timer), da man ikke kan anvende MedCom-standarder. Det har p.g.a. lovgivningen været nødvendigt at oprette nye forløb, og for at begrænse os til færrest mulige, har vi ikke skelnet mellem indlæggelser på over og under 48 timer.
Fremsendelse af adviser	Esbjerg	I forløbene opereres der med, at adviser sendes fra sygehuset til kommunen. Adviserne vil således, i Esbjerg, blive modtaget i Sundhed & Omsorg og skal derfra videre til Social & Tilbud, hvilket potentielt kan fejle. Et indlæggelsesadvis på en borger, der ikke er kendt i Sundhed & Omsorg, vil ikke blive modtaget i kommunen overhovedet,- altså heller ikke i Social.	Imødekommes ikke. Dette er ikke noget samarbejdsaftalen skal tage højde for, men noget der teknisk eller manuelt skal løses i den enkelte kommune.

Anvendelse af MedCom standarder – nationalt godkendte standarder.	Esbjerg	Medcoms standarder bygger på en sundhedsfaglig tilgang og harmonerer ikke i alle forhold med det socialpsykiatriske arbejde og arbejdets vilkår. Dog bør anvendelse af standarder udelukkende omhandle nationalt godkendte standarder.	Imødekommes ikke. Det har p.g.a. lovgivningen været nødvendigt at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer. En MedCom-standard kan indeholde sundhedsfaglige oplysninger.
Fællessprog III	Esbjerg	Generelt savnes Fællessprog III (FSIII) som kommende dokumentationspraksis i forløbene. Når FSIII er implementeret på både Sundheds- og på det Sociale område, er potentialet i forhold til ensartet dokumentation og struktureret data, stort og dette potentiale virker ikke til at blive udnyttet. KL og MedCom arbejder aktuelt på en opdatering af MedCom standarderne så de tilpasses FSIII. Er denne proces overvejet i forhold til Sam:Bo til det Socialpsykiatriske område?	Imødekommes ikke. Fælles Sprog III er ikke et fælles tværsektorielt sprog, men en fælles kommunal kommunikationsmodel – dokumentationspraksis kun i kommunerne. Såvidt vi er orienteret, er det en mapning, KL og MedCom har igangsat.
6.0 Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien	Esbjerg	Kunne den i forvejen besluttede "Ambulante korrespondance" ikke anvendes? Det er uklart, hvorfor der er behov for en "Socialpsykiatrisk korrespondance" og der mangler kobling til FSIII. I forhold til 6.1, 6.1.2 og 6.1.3 er eneste ændring, at det er "Bostøtten" der vurderer om borgeren skal ledsages. I Somatikken står at "plejepersonalet" vurderer.	Imødekommes ikke. Der er tale om to forskellige typer af korrespondancer med forskellige fokusområder indholdsmæssigt. Forløbene er korrigerede i forhold til indhold (somatiske problemstillinger).
7.0 Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og	Esbjerg	Samtale med socialpsykiatrisk patient er tilføjet "Risikoadfærd og mestringsevne/-strategi" og	Imødekommes ikke.

Socialpsykiatrien		”Selvmordsrisiko” ellers identisk med Somatikken 2.1.3	Der er tale om to forskellige typer af korrespondancer med forskellige fokusområder indholdsmæssigt. Forløbene er korrigerede i forhold til indhold (somatiske problemstillinger fjernet).
Udvidet koordinering	Esbjerg	Begrebet ”Udvidet koordinering” anvendes i 7.1.3. Begrebet er en del af den eksisterende Sam:Bo aftale, hvor det beskriver behovet for yderligere samarbejde/kommunikation, før en somatisk borger kan udskrives. Hvad er betydningen her i et ambulant forløb?	Imødekommes. Udvidet koordinering afholdes, jfr. formulering indenfor 2 dage. Derfor er det slettet i forhold til det ambulante forløb.
Epikrise	Esbjerg	7.3.1 beskrives, at der skal sendes en epikrise til patientens egen læge senest 3. hverdag efter ”udskrivelse”. Afsnit 7.0 handler om ambulante forløb og der er således ikke tale om en udskrivelse?	Imødekommes. Rettes til 3. hverdag efter ambulant besøg.
Advisering om indlæggelse/ Identifikation af patienter, som ikke er kendte i omsorgssystemet	Esbjerg	8.1.2 Hvis en borger ikke er kendt i Sundhed & Omsorg, Esbjerg kommune, vil indlæggelses-adviset ikke blive modtaget overhovedet. 8.1.3 Der vil ikke blive sendt en Socialpsykiatrisk indlagt korrespondance, da indlæggelsesadviset ikke er modtaget.	Imødekommes ikke. Det er korrekt, at det ikke sker med den nuværende funktionalitet i mange kommuner. Er borgeren kendt i Socialpsykiatrien, må kommunerne overveje en ny arbejdsgang. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen.
	OUH	Vi er desuden ikke sikre på, at somatikken kan identificere patienter med kontakt med socialpsykiatrien under en somatisk indlæggelse med mindre patienten er kendt og sygehuset modtager en indlæggelsesadvis.	

2 typer af korrespondancer for den samme borger	Esbjerg	Hvis en borger er kendt i Sundhed & Omsorg vil indlæggelsesadviset modtages i den elektroniske omsorgsjournal (EOJ) og den automatiske indlæggelsesrapport vil blive afsendt fra EOJ. Heri indgår ikke data fra det socialpsykiatriske område. Er borgeren også kendt i socialpsykiatrien vil der jf. det beskrevne forløb, også skulle sendes en "Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance". Sygehuset modtager dermed 2 korrespondancer fra kommunen. Dette kan skabe forvirring og data mister troværdighed. Det undrer hvorfor den i forvejen "Indlagte korrespondance" ikke kan anvendes uanset somatik og/eller socialpsykiatri.	Imødekommes ikke. Den socialspykiatriske korrespondance er valgt for at det skulle være nemmere at sortere for kommunen (een indgang). I forhold til lovgivningen, er det ikke muligt at anvende de eksisterende standarder.
8.2.1	Esbjerg	I samtalen med patient bør vurderingen også ske på baggrund af en eventuel indlæggelsesrapport, ikke kun på baggrund af korrespondancen.	Imødekommes ikke. Her kommer det an på afgrænsningen og definitionen. Hvis det er en "ren" socialpsykiatrisk patient, så er der ingen indlæggelsesrapport, hvilket vil være udgangspunktet her. Vil der være oplysninger til hjemmesygeplejen, så er det via de andre (eksisterende) forløb.
8.2.3	Esbjerg	Hvorfor ikke anvende den i forvejen godkendte "Plejeforløbsplan" og hvorfor ikke sidestille forsendelsestidspunkt med aftaler for somatiske forløb?	Imødekommes ikke. I forhold til lovgivningen, er det ikke muligt at anvende de eksisterende standarder, da plejeforløbsplanen kan indeholde sundhedsfaglige oplysninger.
8.3.2	Esbjerg	Udvidet koordinering kan foregå ved "uddybet it-kommunikation".	Kommentaren er modtaget.

		Hvad dækker dette over?	Der er intet anderledes. Dette gælder også ved de eksisterende SAM:BO-forløb. Et eksempel kan være korrespondancemeddelelse.
8.4.2	Esbjerg	Socialpsykiatrisk udskrivningsrapport – hvorfor ikke anvendelse af den godkendte udskrivningsrapport og så i stedet få den til at rumme de socialpsykiatriske områder. Afvente udvikling af FSIII.	Imødekommes ikke. I forhold til lovgivningen, er det ikke muligt at anvende de eksisterende standarder. Det er ikke muligt at afvente udviklingen af FSIII og nye standarder.
8.4.4	Esbjerg	Hvis en patient afbryder en indlæggelse, betragtes det vel som en udskrivelse og udskrivningsrapport bør anvendes.	Imødekommes ikke. I princippet er vi enige. Vi har ikke en standard – en socialpsykiatrisk udskrivningsrapport – derfor anvendes korrespondancen.
Systematikken	OUH	Vi er bekymrede for, at det kommer til at skabe forvirring for personalet i somatikken, at der skal anvendes 2 SAM:BO aftaler med forskellige skabeloner, tidsfrister for kommunikationen og termer. Desuden er vi i tvivl om hvem der har ansvar for at samle op på de sygeplejefaglige behov sygehuset formidler i korrespondancen på bosteder bemandet med pædagoger og uden sundhedsfagligt personale.	Imødekommes ikke. Det er et overordnet princip, jfr. sundhedsaftalen, at der er én indgang i kommunen. Forpligtelsen med at videresende til rette modtager er et almindeligt forvaltningsretligt princip. Det har p.g.a. lovgivningen været nødvendigt at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer.

			Der beskrives ikke sygeplejefaglige problemstillinger i en socialpsykiatrisk korrespondance.
Skabelonerne	OUH	Der er rigtig mange borgere i socialpsykiatrien, som har vanskeligheder med personlig hygiejne/ADL og som har eller får brug for diverse hjælpemidler og en funktionsevnevurdering. Det kan med fordel fremgå mere tydeligt i ovenstående.	Imødekommes ikke. Vi er opmærksomme på problemstillingen. Hvis det er en patient med somatiske/sundhedsmæssige problemstillinger skal man anvende den eksisterende SAM:BO.
Skadestuebesøg og advis	OUH	I et skadestuebesøg modtages ingen advis, men det forventes jf. 6.2, at sygehuset forholder sig til rækken af psykiatriske/socialpsykiatriske problemstillinger.	Imødekommes ikke. Ud fra observationerne af patienten bør man forholde sig til de psykiatriske/socialpsykiatriske problemstillinger.
Anvendelse af standarder	OUH	Vi finder at ovennævnte områder godt kunne rummes i en plejeforløbsplan - som sendes ud fra en given problemstilling der har ført til indlæggelse, uanset om det så er en somatisk eller psykiatrisk afdeling. Desuden er det meget at forlange, at den socialpsykiatriske korrespondance fra sygehuset skal være så uddybende, at kommunen kan bruge den som planlægningsværktøj 8.2.4.	Imødekommes ikke. I forhold til lovgivningen, er det ikke muligt at anvende de eksisterende standarder, da plejeforløbsplanen kan indeholde sundhedsfaglige oplysninger.
Tidsfrister	OUH	Indlægges patienten fredag efter kl. 10.00 skal korrespondance (det vi kender som forløbsplan) først sendes den følgende mandag inden kl. 10.00. Det betyder i realiteten 3 døgn uden plan for kontakt. 8.3.0 ” Udskrivelse i weekender og på helligdage	Imødekommes ikke. Udskrivelse skal ske, når patienten er færdigbehandlet. Hvis man planlægger udskrivning ved starten af indlæggelsen, så er

		kan ske efter særlig aftale. ”Hvem beslutter dette? ”Efter særlig aftale” kan tolkes meget bredt og hvad hvis kommunen ikke ønsker at indgå en særlig aftale i en given situation? I weekenderne er det basis personalet der står med udfordringen. OUH risikerer ikke at kunne sende patienter hjem i weekenden, hvis ikke dette formuleres tydeligere.	weekenden ikke en hindring for dette. I forhold til formuleringen ”efter særlig aftale” har vi lagt os op ad formuleringen i de eksisterende SAM:BO-forløb.
Tid/forsinkelse	OUH	8.4.3. ”Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.” (denne sætning går igen i bilag 2_7; 7.2.5 & bilag 1a_6; 6.2.5) Giver det anledning til misforståelser/ forsinkelser? Skal det præciseres, at der skal sendes korrespondancer senest kl 14.30 for at sikre rettidig modtagelse, og mindske risikoen for forsinkede patientforløbet?	Imødekommes ikke. Formuleringen er kendt i den eksisterende SAM:BO.
Terminologi	OUH	Der anvendes ”indlagt korrespondance” om både kontakten fra kommune til sygehus og fra sygehus til kommune i stedet for dem vi kender fra den nuværende Sam:Bo-aftale (supplerende indlæggelsesrapport, forløbsplan, udskrivningsrapport). Det øger risikoen for kommunikationsbrist i begge sektorer.	Imødekommes ikke. Det har p.g.a. lovgivningen været nødvendigt at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer. En MedCom-standard kan indeholde sundhedsfaglige oplysninger.
Andet	OUH	8.3.2 nederst, ”Den socialpsykiatriske udskrivningsrapport (korrespondance) må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til indgåede aftaler via indlagt socialpsykiatrisk korrespondance, som kan have betydning for de	Imødekommes ikke. Vi læner os op ad formuleringen i den eksisterende SAM:BO.

		kommunale indsatser”. Det foreslås, at indskrive, at sygehuset skal tage telefonisk kontakt.	
Samme skabelon, samme tidsfrister og samme terminologi	OUH	OUH anbefaler, at bruge samme SAM:BO-aftale som bruges i somatikken og psykiatrien, dermed også: • samme skabelon, tilføjet ”socialpsykiatriske problemstillinger”. • samme tidsfrister. • samme terminologi .	Imødekommes ikke. Personalet i Socialpsykiatrien, som typisk er pædagoger og socialrådgivere, er ikke sundhedsfagligt personale, jfr. sundhedslovens terminologi. Det betyder således, at de ikke har lov til at se de sygeplejefaglige oplysninger. Derfor har det været nødvendigt at oprette nye socialpsykiatriske korrespondancer. I forhold til tidsfrister har vi taget udgangspunkt i den eksisterende SAM:BO.
Psykiatriske symptomer	Arbejdsgruppen	Psykiatriske symptomer er sundhedsfaglige oplysninger.	Psykiatriske symptomer er fjernet fra forløbene.
Genoptræningsplaner	Arbejdsgruppen	Genoptræningsplaner er sundhedsfaglige oplysninger.	Genoptræningsplaner er fjernet fra alle tre forløb i forbindelse med afsendelse af epikrise.

04.10.2017

6.0 Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant) og Socialpsykiatrien

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Skadestueforløb
- Skadeklinikforløb

Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og sygepleje skal sundhedsfaglige oplysninger kommunikeres efter forløb 0

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

6.1 Kommunikation ved besøg i skadestue (**P**sykiatrisk **A**kut **M**odtagelse (PAM) /**F**ælles **A**kut **M**odtagelse (FAM))
6.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestue (**P**sykiatrisk **A**kut **M**odtagelse (PAM) /**F**ælles **A**kut **M**odtagelse (FAM))

6.1	**Kommunikation ved besøg i skadestue (PAM og FAM)**	
6.1.1	Borger/kommune skal kontakte skadestuen inden besøg med henblik på visitation. På de psykiatriske skadestuer kræves der ingen forudgående visitering.	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	**Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system**
6.1.2	**Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen.** Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om bostøtten skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armbånd jf. Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling. Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunen samtykke til	

	informationsudveksling, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance vedr.: • Habituel tilstand • Årsag til skadestuekontakt • Akut telefonnummer i kommunen Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.	
6.1.3	**Kommunen er ikke til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen.** Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på VisInfoSyd på Sundhed.dk Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance.	
6.2	**Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen**	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	**Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system**
6.2.1	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte	

	- nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienten **OBS: Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 0**	
6.2.2	Kommunen orienteres via socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance, hvis der er **mindre** ændringer i forhold til punkt 6.2.1 senest, når patienten forlader sygehuset. Ved **væsentlige** ændringer i forhold til punkt 6.2.1, som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance.	
6.2.3	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.	
6.2.4	Sygehuset afsender epikrise i henhold til ”Den gode epikrise” til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen kan indeholde oplysninger om: • Diagnostik og behandling • Udarbejdet af • Årsag til henvisning • Resumé af forløbet • Medicinstatus • Information til patienten • Ikke afsluttede undersøgelser • Sygemelding • Socialmedicin • Efterbehandling • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.	

7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Ambulante forløb af kortere eller længere varighed

Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og sygepleje, skal sundhedsfaglige oplysninger kommunikeres efter forløb 2

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

7.1 Kommunikation ved ambulante forløb
7.2 Kommunikation ved behandlingsforløb
7.3 Kommunikation ved afslutning af et ambulant forløb

7.1	**Kommunikation ved ambulante patientforløb**
7.1.1	Sygehushenvisning skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK.
7.1.2	Sygehuset modtager henvisningen, og sender senest 8 hverdage efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt. Sygehuset fremsender bookingsvar til den praktiserende læge.
7.1.3	Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning anvendes. Samtalen kan omfatte: • Patientens habituelle tilstand • Risikoadfærd og mestringsevne /-strategier • Selvmordsrisiko • Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet

	• Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer • Oplysninger om kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg). Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling.
7.1.4	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienten
7.2	**Kommunikation ved behandlingsforløb**
7.2.1	Efter hvert ambulant besøg sendes et ambulant notat til praktiserende læge. Ved ændringer i den psykiatriske behandlingsplan, erstatter denne det ovenstående ambulante notat. Kommunen orienteres via ambulant socialpsykiatrisk korrespondance, hvis der er ændringer i forhold til punkt 7.1.4.

	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	**Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det socialpsykiatriske system**
7.2.4	Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens samtykke sende en ambulant socialpsykiatrisk	Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en ambulant socialpsykiatrisk

	korrespondance (link til nøgleord) med relevante patientoplysninger. Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger. Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være: • Psykiatriske problemstillinger • Netværk • Særlige forhold i relation til bolig • Behov for socialpsykiatrisk støtte • Rehabilitering • Videre forløb Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance.	korrespondance, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.: • Psykiatriske problemstillinger • Netværk • Særlige forhold i relation til bolig • Behov for socialpsykiatrisk støtte • Rehabilitering • Videre forløb Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance. Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den ambulante socialpsykiatriske korrespondance.
	OBS: Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 2	
7.2.5	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage. Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.	
7.3	**Kommunikation ved afslutning af ambulant forløb**	
7.3.1.	Sygehuset afsender epikrise i henhold til ”Den gode epikrise” til patientens egen læge	

	senest tredje hverdag efter ambulant besøg i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen kan indeholde oplysninger om: • Diagnostik og behandling • Udarbejdet af • Årsag til henvisning • Resumé af forløbet • Medicinstatus • Information til patienten • Ikke afsluttede undersøgelser • Sygemelding • Socialmedicin • Efterbehandling • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler. Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.

8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Akutte og planlagte indlæggelsesforløb.

Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og sygepleje, skal sundhedsfaglige oplysninger kommunikeres efter forløb 3 eller 4

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

8.1 Kommunikation ved indlæggelse
8.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
8.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
8.4 Kommunikation ved udskrivelsen

8.1	**Kommunikation ved indlæggelse**	
8.1.1	Sygehushenvisning skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	**Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system**
8.1.2	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.
8.1.3	Kommunen sender en indlagt socialpsykiatrisk korrespondance snarest muligt dog senest førstkommende hverdag inden kl.15.30. Den indlagte socialpsykiatriske korrespondance indeholder relevante oplysninger om: • Årsag til indlæggelse • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko	Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra borgeren, eventuelle pårørende/netværkspersoner og borgerens egen læge.

	- risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Orlov • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt socialpsykiatrisk korrespondance eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlagt socialpsykiatrisk korrespondance. **OBS:** Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4	
8.1.4	Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset. Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende. Oplysninger vedr. medicin tilgås via FMK. Modtager patienten dosisdispenseret medicin, skal sygehuset pausere dette ved at tage kontakt til apotek.	
8.2	**Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb**	
8.2.1	Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning samt indlagt socialpsykiatrisk korrespondance anvendes. Samtalen kan omfatte: • Patientens habituelle tilstand • Risikoadfærd og mestringsevne /-strategier • Selvmordsrisiko • Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer • Oplysninger om kontaktperson	

8.2.2	I det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • Årsag til indlæggelse • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Forventet udskrivnings -/ færdigbehandlingsdato • Aftalt udskrivningsdato • Orlov i forbindelse med aktuel indlæggelse - aftaler i.f.t. orlov - evaluering af orlov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	**Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det socialpsykiatriske system**
8.2.3	For patienter, der har kommunal kontakt og støtte, sendes en indlagt socialpsykiatrisk korrespondance, jf. punkt 8.2.2 senest førstkommende hverdag inden kl.10.00 Dette gælder dog ikke for patienter: • Der er indlagt på intensiv afdeling. Her sendes socialpsykiatrisk korrespondance hurtigst muligt efter overflytning til stamafdeling • Der samtidigt er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang. Her sendes indlagt socialpsykiatrisk korrespondance fra somatik.	Hvis der vurderes behov for kommunal kontakt og støtte, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via indlagt socialpsykiatrisk korrespondance.

8.2.4	Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance udarbejdes i samarbejde med patienten og indeholder relevante oplysninger som: • Årsag til indlæggelse • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Forventet udskrivnings -/ færdigbehandlingsdato • Aftalt udskrivningsdato • Orlov i forbindelse med aktuel indlæggelse - aftaler i.f.t. orlov - evaluering af orlov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten **OBS:** Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4 Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance fungerer dermed som et planlægningsværktøj til kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse. Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt indlagt socialpsykiatrisk korrespondance, skal det tydeligt angives i et nyt afsnit med ”Dato” og ”NYT” ved de ændrede oplysninger. Husk altid begrundelse for ændringer. **Særligt for borgere der bor i botilbud** Ved indlæggelse fredag efter kl.14.30 eller hvor kommunen modtager en indlagt socialpsykiatrisk korrespondance efter kl.15.30 fredag eftermiddag og hvor patienten ønskes udskrevet inden førstkommende hverdag inden kl.15.30, tager sygehuset tidligst muligt telefonisk kontakt til botilbuddet for at aftale nærmere.	
8.3	**Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen**	
8.3.0	**Patienter med ukompliceret udskrivelsesforløb** Uændret eller mindre ændringer i mestringsevne og hjælpebehov.	**Patienter med kompliceret Udskrivelsesforløb** Væsentlige ændringer i mestringsevne og hjælpebehov.
8.3.1	Kommunen sender en kvittering for	Kommunen sender en kvittering for

	Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance snarest muligt dog senest førstkommende hverdag inden kl.15.30. Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.	indlagt socialpsykiatrisk korrespondance snarest muligt dog senest førstkommende hverdag inden kl.15.30. Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.
8.3.2	Når kommunen har kvitteret for /accepteret indlagt socialpsykiatrisk korrespondance uden yderligere kommentarer, gælder indlagt socialpsykiatrisk korrespondance som aftale om udskrivelse.	Den, der efterspørger udvidet koordinering, har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den udvidede koordinering gennemføres senest 2 dage efter. Forespørgsel om udvidet koordinering ændrer/udskyder ikke en evt. færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering/beslutning. For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes udvidet koordinering førstkommende hverdag afsendes indlagt socialpsykiatrisk korrespondance hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen førstkommende hverdags morgen. Udvidet koordinering kan foregå ved: • Uddybet it-kommunikation • Videokonference • Telefonisk kontakt • Fysisk fremmøde Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder: • Årsag til indlæggelse • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov

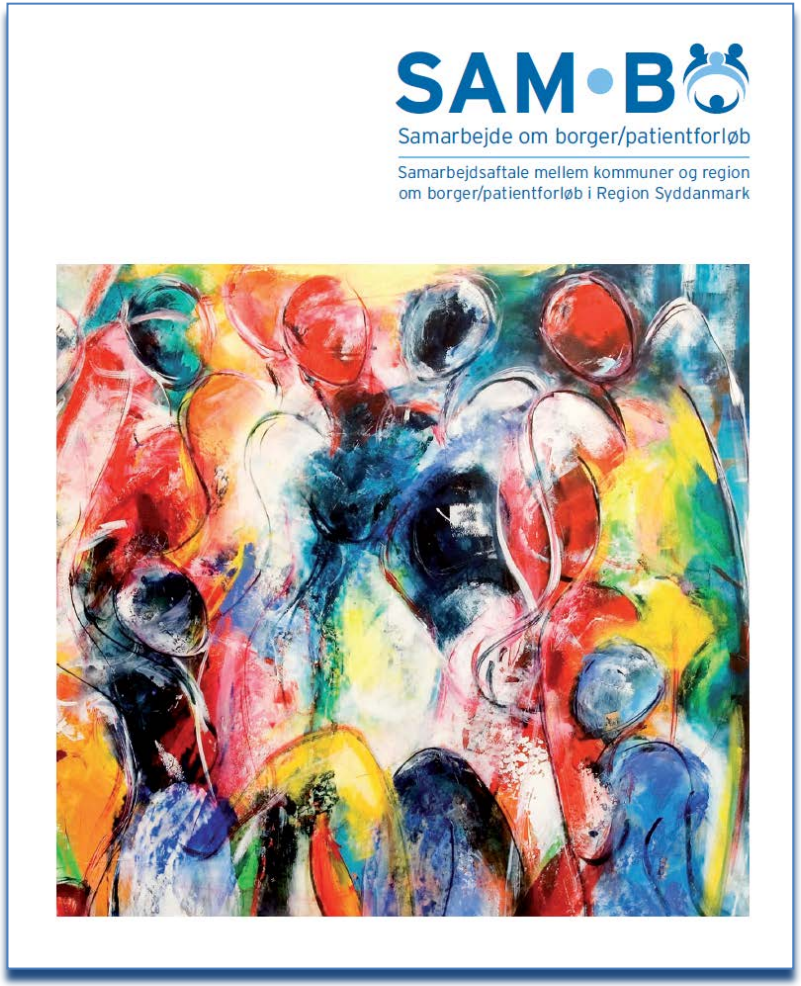
		- ændret behov • Forventet udskrivnings -/ færdigbehandlingsdato • Aftalt udskrivningsdato • Orlov i forbindelse med aktuel indlæggelse - aftaler i.f.t. orlov - evaluering af orlov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten **OBS:** Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4 Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale. Den fælles plan for det videre forløb sendes i en revideret indlagt socialpsykiatrisk korrespondance.
8.4	**Kommunikation ved udskrivelse**	
8.4.1	Ved udskrivelsen gives der information til patienten og evt. pårørende, som kan omfatte: • Diagnostik, pleje, behandlingsforløbet o mestringsevne /-strategier • Efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • Aftaler med kommunen • Behov for socialpsykiatrisk støtte o nuværende behov o ændret behov • Sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag Status, resumé og aftaler dokumenteres i indlagt socialpsykiatrisk korrespondance.	
8.4.2	Senest ved udskrivelsen sendes en socialpsykiatrisk udskrivningsrapport (korrespondance) til kommunen. Socialpsykiatrisk udskrivningsrapport (korrespondance) indeholder bl.a.: • Indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato • Årsag til indlæggelse • Indlæggelsesforløb • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko	

	- risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Diagnoser • Færdigbehandlingsdato (Kun hvis den er forskellig fra udskrivningsdato) • Udskrivningsdato • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten **OBS:** Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4. Den socialpsykiatriske udskrivningsrapport (korrespondance) må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til indgåede aftaler via indlagt socialpsykiatrisk korrespondance, som kan have betydning for de kommunale indsatser. Patienten medgives en kopi af den socialpsykiatriske udskrivningsrapport (korrespondance) og medicinliste fra FMK.
8.4.3	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.
8.4.4	Patienten hjemsendes ifølge aftale med kommunen. Sygehuset arrangerer hjemtransport, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befordring (indsæt link til regler). Sygehuset registrerer patientens udskrivelse tidstro og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen. Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en indlagt socialpsykiatrisk korrespondance.
8.4.5	Sygehuset afsender epikrise i henhold til ”Den gode epikrise” til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen kan indeholde oplysninger om:

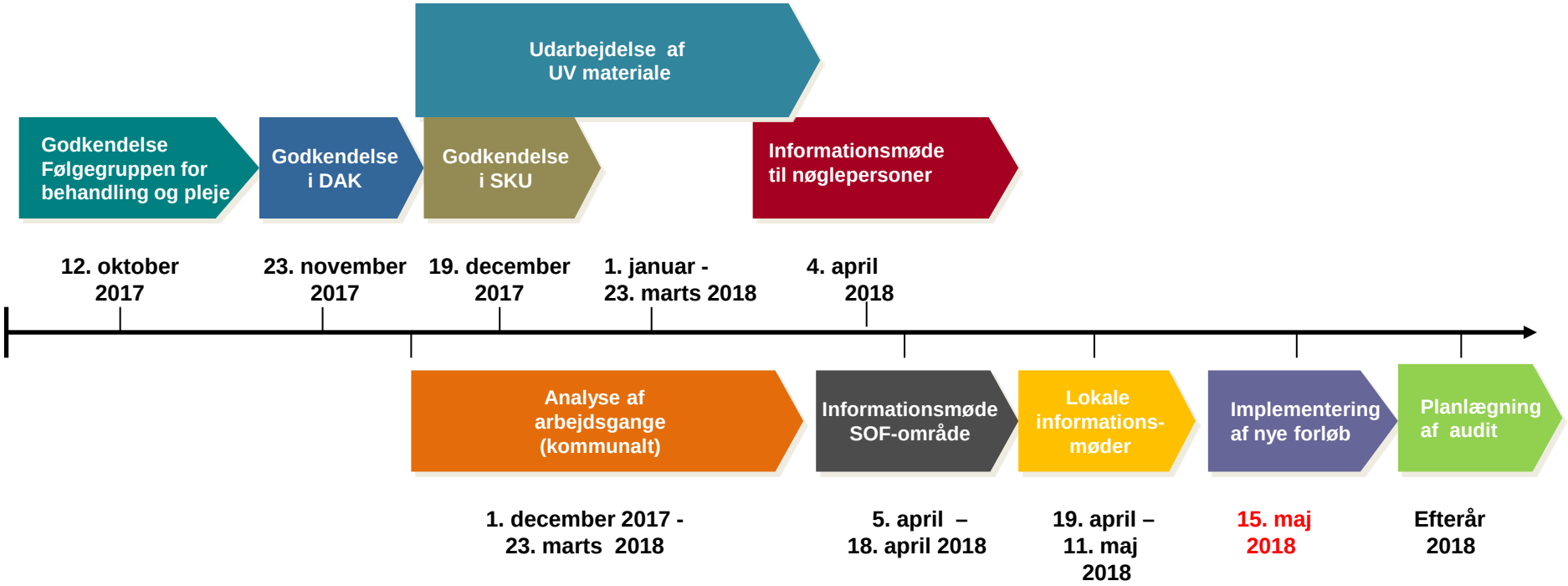
	• diagnostik og behandling • udarbejdet af • årsag til henvisning • resumé af forløbet • medicinstatus • information til patienten • ikke afsluttede undersøgelser • sygemelding • socialmedicin • efterbehandling • anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler. Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.

SAM:BO

Implementerings-
plan for nye forløb
i SAM:BO
(Socialpsykiatri)



Implementeringsplan – Forår 2018



SAM•BO
Samarbejde om borger/patientforløb
Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark

Udarbejdelse af UV materiale

- Nedsættelse af en UV arbejdsgruppe bestående af:
  - 1 regional repræsentant fra Somatikken
  - 2 regionale repræsentanter fra Psykiatrien
  - 2 kommunale repræsentanter fra Sundhed- og Omsorgsområdet
  - 4 kommunale repræsentanter fra det socialpsykiatriske område

  De fem første repræsentanter forudsættes at have erfaring fra implementering af SAM:BO

- Udarbejdelse af fælles UV materiale med udgangspunkt i SAM:BO´s grundprincipper, formål og de nye forløb 6 - 8
  - Herunder udarbejdelse af cases i forhold til indhold (socialpsykiatriske problemstillinger og blandede socialpsykiatriske- og somatiske problemstillinger - i alt 6 cases)

- Socialpsykiatrien anvender samme organisationsmodel med nøglepersoner, som er kendt i nuværende SAM:BO

- UV arbejdsgruppen fremlægger udarbejdet materiale
- Materiale (forløb + UV materiale) udleveres til deltagerne inden informationsmødet
- Deltagere:
  - Repræsentanter fra Sundheds- og Socialpsykiatriområdet fra de 22 kommuner (maks. 4 fra hver kommune)
  - Repræsentanter fra de 5 sygehusenheder (maks. 2 fra hver sygehusenhed)

- Hver kommune igangsætter analyse af arbejdsgange med henblik på implementering af de nye forløb, herunder:
  - en indgang til kommunen
  - manuelle arbejdsgange
  - it-tekniske muligheder
- Sygehusene sikrer, at der kan sendes og modtages korrespondance med nye overskrifter.

Hvert SOF/P-SOF:

- planlægger fælles tværsektoriel implementering
- afholder fælles tværsektoriel informationsmøde
- udpeger nøglepersoner til implementering og undervisning af slutbrugerne

- Nøglepersoner underviser slutbrugere ud fra fælles udarbejdet materiale, suppleret med lokale it-tekniske arbejdsgange

Ledelsen og nøglepersoner:

- sikrer, at SAM:BO anvendes i det daglige arbejde med borger/patienter
- følger op på eventuelle problemstillinger internt som tværsektorielt.

- Der har tidligere været aftalt evaluering i form af audits ved Center for kvalitet.

- I forhold til den seneste ændring af sundhedsloven, er der usikkerhed om, hvorvidt vi må gennemføre disse audits.

- Region Syddanmark afventer en national afklaring af problemstillingen.
  Afklaring forventes tidligst at foreligge i løbet af 1. halvår 2018.

Nøgleordsliste

Nøgleord	Ordforklaring
Ambulant notat	Et ambulant notat er et kort resumé af den aktuelle patientbehandling på et sygehusambulatorium og en eventuel plan for efterbehandling/opfølgning. Notatet skal sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet på tværs af sektorerne. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Ambulant socialpsykiatrisk korrespondance	Er en korrespondance mellem socialpsykiatri og et ambulatorie, og kan indeholde: • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienten
Behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber	**Behandlingsredskaber:** Regionen forsyner patienter med behandlingsredskaber som et integreret led i sygehusbehandling, hvor redskaberne indgår i en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Sygehuset forsyner ligeledes patienter med behandlingsredskaber efter udskrivelse som en fortsættelse af den iværksatte behandling, med det formål at forbedre behandlingsresultatet eller forhindre en forringelse af behandlingsresultatet.

	I situationer hvor patienten skal vente på sygehusbehandling skal sygehuset vurdere, om der er et behov for udlevering af behandlingsredskaber i venteperioden. I så fald afholder regionen udgiften hertil. **Hjælpemidler:** Kommunalbestyrelsen yder støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til borgere i henhold til Lov om Social Service § 112 og § 113. Ved behov for hjælpemidler på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ansøger borgeren om hjælpemidler i kommunen, i henhold til § 112 stk. 1 i Serviceloven: ”Kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet: 1) i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne 2) i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller 3) er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv.” **Træningsredskaber (Sundhedslovens § 84 og § 140):** a) i forbindelse med almen ambulant genoptræning: I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal der udarbejdes en genoptræningsplan. Kommunen afholder udgifterne til genoptræning, herunder udgifterne til de redskaber, som kommunen vurderer, patienten har behov for som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe redskaberne. b) i forbindelse med specialiseret ambulant genoptræning: Ved specialiseret ambulant genoptræning leverer sygehuset de nødvendige redskaber. Taksterne til specialiseret ambulant genoptræning er beregnet således, at kommunen ikke skal betale særskilt for redskaber til specialiseret ambulant genoptræning (DRG-afregnet). Der henvises til *Casekatalog vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark,* hvori ansvarsfordelingen mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler beskrives. Link til Casekatalog: https://www.sundhed.dk/content/cms/70/45970_casekatalog_juli2013_korr-1.pdf
Bookingsvar	Et bookingsvar er retursvar til henvisende læge om modtagelse og visitationen af en henvisnng. Formålet er at sikre tryghed i patientforløbet ved hurtig information om, hvilken afdeling patienten er visiteret til samt hvor og hvornår, patienten skal møde i afdelingen. Læs mere på Sundhed.dk:

	https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Epikrise	Epikrisen er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling. Formålet er at sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet og at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til patientens egen læge og henvisende læge. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/
FAM	Fælles Akut Modtagelse. FAM er det somatiske sygehus døgnåbne indgang for akutte patienter.
FMK	Fælles Medicinkort (FMK) er en central database med en liste over den enkelte borgers aktuelle lægemiddelordinationer. Oplysningerne på FMK kan deles mellem de parter, der er involveret i borgerens behandling. Borgeren har selv mulighed for at se sit medicinkort via sundhed.dk. Læs mere på sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjaelp-til-praksis/fmk/
Færdigbehandling	En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.(Definition fra Fællesindhold 2016/side 28) Dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang.
Genoptræningsplan	Den Gode GenOptræningsPlan (G-GOP) skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af hvilke

	funktionsevnenedsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod m.v. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164976
Henvisning til sygehus (elektronisk)	Den praktiserende læge sender en henvisning til indlæggelse eller ambulant behandling på den relevante sygehusafdeling eller til en central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen og ønsket undersøgelse/behandling. Derudover anføres kortfattet anamnese. I anamnesen beskrives "cave", "sociale forhold", "objektive fund", "sagt til patienten", "undersøgelsesresultater", "aktuel medicin" og patientens telefonnummer. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance	Er en korrespondance mellem socialpsykiatri og sygehusafsnit og kan indeholde: • Årsag til indlæggelse • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Orlov - aftaler i.f.t. orlov - evaluering af orlov • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller

	- specifikke aftaler med borgeren/patienten
Mestringsevne / -strategier	Er fremgangsmåder, en person bruger for at mestre, det vil sige klare eller håndtere, nye, svære og truende situationer.
PAM	**P**sykiatrisk **A**kut**M**odtagelse. Akutmodtagelsen har en åben skadestuefunktion og modtager således både henviste patienter samt patienter som henvender sig selv.
Samtykke til informationsudveksling	Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt og skal gives til sundhedsfaglige medarbejdere, der videregiver eller modtager oplysningerne. Samtykket skal dokumenteres i patientjournalen. Der gælder ikke særlige regler for samtykke indenfor psykiatrien. Man skal altid være opmærksom på, om patienten er i stand til at overskue konsekvenserne af sit samtykke.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling	Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommunerne indgået en aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Samarbejdsaftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, som kan hjælpe borgeren. Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Aftalen kan findes på følgende link: http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177
Socialpsykiatrisk borger	En socialpsykiatrisk borger, er en borger med en sindslidelse, der har behov for støtte i forhold til at kunne håndtere hverdagslivet.
Socialpsykiatri	Begrebet Socialpsykiatri kan oversættes til “socialt arbejde med sindslidende”. Udgangspunktet er at støtte den enkelte sindslidende til at kunne håndtere hverdagslivet. Det kan sammenfattes som støtte til personlig og social mestring. Det kan eksempelvis være botilbud, værestеder, bostøtte og beskæftigelse. Støtte i kommunerne omfatter, jfr. Servicelovens § 85: ”hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer”
Socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance	Er en korrespondance mellem socialpsykiatri og akut ambulante patienter i skadestuen (FAM & PAM) og kan indeholde:

	• Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienter
Socialpsykiatrisk udskrivningsrapport	Er en korrespondance der sendes senest ved udskrivelsen fra sygehus til socialpsykiatri. Udskrivningsrapporten er et resume/status og kan indeholde: • Indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato • Årsag til indlæggelse • Indlæggelsesforløb • Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier • Netværk - privat og professionelt • Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi • Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov • Diagnoser

	• Færdigbehandlingsdato (Kun hvis den er forskellig fra udskrivningsdato) • Udskrivningsdato • Videre forløb - ambulante aftaler/kontroller - specifikke aftaler med borgeren/patienten
Sundhedsfaglige oplysninger	Nedenstående kommunikeres via SAM:BO-forløbene 0 - 5: • information om forventning til diagnostik og behandling • indlæggelsesforløb • funktionsevnevurdering • patientens habituelle tilstand • sygeplejefaglige problemområder • Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling eller kompressionsbehandling. • smitterisiko • medicinændringer • personlig pleje • praktisk bistand • boligforhold • hjælpemidler • forebyggelse • genoptræning • DÆMP indsatser
Tidstro registrering	Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at eksempelvis patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset.
Transport (til og fra sygehus)	Regionen tilbyder transport til og fra det sygehus, hvor behandlingen finder sted efter regionens visitationspraksis. Siddende transport tilbydes, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder nogle særlige betingelser. Læs mere her: http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205

Udvidet koordinering	Er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. patientens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor.
Væsentlige ændringer	Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden ejendom, installation af hjælpemidler. Eksempler på væsentlige ændringer i tyngde og funktionsevne: • Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd • Ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet • Ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden • Ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler • Øges besøgshyppigheden med et eller flere besøg dagligt. Ovenstående gælder uanset boligtype (egen bolig, plejehjemsbolig mv.)

KKR SYDDANMARK

Region Syddanmark

Til ministeren for offentlig innovation
Sophie Løhde

Dato: 6. juli 2017

Kære Sophie Løhde

I Syddanmark er der et tæt og godt samarbejde på tværs af kommunerne og Region Syddanmark. I fællesskab har vi blandt andet haft succes med at udvikle kommunikationen og samarbejdet på tværs i forhold til borgere med somatiske lidelser igennem samarbejdsaftalen SAM:BO.

Samarbejdsaftalen gælder på tværs af region, kommuner og almen praksis. Aftalen sikrer struktureret og systematisk elektronisk kommunikation på tværs af sektorerne og beskriver krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering.

Samarbejdet trådte i kraft i 2009 og opleves som en stor succes både for den faglige kvalitet i indsatserne i de forskellige sektorer og patientsikkerheden, men ikke mindst også for borgernes oplevelse af sammenhæng, involvering og koordinering på tværs.

Derfor er vi gået sammen om at udvide samarbejdet til også at omhandle borgere med psykiske lidelser, hvor vi stadig ser potentialer i at sikre en forbedret sammenhæng og koordinering på tværs af sektorerne.

Udvidelsen besværliggøres dog af lovgivning. Konkret er udfordringen, at der ikke er lovhjemmel til, at de socialpsykiatriske problemstillinger skrives ind i de nuværende plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, idet en del af personalet i socialpsykiatrien (eksempelvis en pædagog eller socialrådgiver) ikke arbejder i henhold til Sundhedsloven, men efter Serviceloven.

Det gør, at det har været nødvendigt at udarbejde tre forskellige nye SAM:BO-forløb for det socialpsykiatriske område. I nogen tilfælde vil det medføre, at medarbejderen skal udfylde to forskellige standarder om den samme borger. Det er unødvendigt bureaukrati, der stjæler tid fra andre opgaver, og det højner risikoen for, at der kan ske kommunikationsbrist i samarbejdet.

I forbindelse med ministerens arbejde med en ny sammenhængsreform vil vi derfor opfordre til, at ministeren sikrer, at der skabes lovhjemmel til, at personale i socialpsykiatrien elektronisk kan skrive og sende social-

psykiatriske problemstillinger i plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, uanset om de arbejder i henhold til Sundhedsloven eller Serviceloven.

Det skal påpeges, at Region Syddanmark ligeledes har gjort opmærksom på problemstillingen i forbindelse med ministerens henvendelse af den 13. juni 2017 om lancering af det foreløbige arbejdsprogram for sammenhængsreformen.

Med venlig hilsen

Tage Petersen
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget
Region Syddanmark

og

Henning Ravn
Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget
Esbjerg Kommune

FINANSMINISTERIET

02-11-2017

Kære Tage Petersen og Henning Ravn

Mange tak for jeres henvendelse.

Det lyder som et meget interessant samarbejde I har mellem kommunerne og Region Syddanmark igennem samarbejdsaftalen SAM:BO.

Jeg synes ligesom jer, at det er vigtigt, at mulighederne for at samarbejde på tværs af den offentlige sektor bliver forbedret. Det vil sikre, at borgere får en god og effektiv behandling i stedet for at blive skubbet rundt i den offentlige sektor.

Bedre overgange mellem sektorer og på tværs af myndighedsgrænser er derfor også en central del af arbejdsprogrammet for Sammenhængsreformen. Derudover har regeringen i aftale om regionernes økonomi for 2018 aftalt med Danske Regioner, at der skal igangsættes en fælles afdækning af, hvilke nuværende rammer og regler, som eventuelt danner barrierer for sammenhængende patientforløb.

Jeg vil gerne kvittere for jeres forslag, og jeg vil sørge for, at jeres samarbejdsudfordringer på det socialpsykiatriske område bliver videregivet som et input til afdækningen af barrierer for sammenhængende patientforløb. I den sammenhæng vil jeg bede de relevante embedsmænd om at kontakte jeres folk, for at få yderligere informationer om udfordringen.

Med venlig hilsen

Sophie Løhde
Minister for offentlig innovation

Afdækning af en eventuel syddansk børne- og ungesundhedsprofil

Juni 2017

Baggrund

Det administrative Kontaktforum (DAK) besluttede d. 23. november 2016 at nedsætte en undersøgende arbejdsgruppe med det formål at undersøge mulighederne for en fælles syddansk børne- og ungesundhedsprofil. Den eventuelle syddanske profil skal baseres på den dataindsamling, der allerede sker i mange af de syddanske kommuner via platformen Skolesundhed.dk, og arbejdsgruppen skal tage afsæt i de kommuner, som allerede anvender dette værktøj.

Region Syddanmark gennemfører i forvejen hvert fjerde år spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" blandt borgere på 16 år og derover. Undersøgelsen gennemføres i samtlige kommuner i regionen og anvendes af både region og kommuner til bl.a. at monitorere sundhedstilstanden samt som et prioriterings- og planlægningsværktøj i tilrettelæggelsen af sundhedsindsatser og i sundhedsaftaleregi.

Ved at udarbejde en syddansk børne- og ungesundhedsprofil, blandt borgere under 16 år, bliver det muligt at monitorere udviklingen i syddanskernes sundhed dækkende et bredere aldersspænd, ligesom en fælles syddansk børne- og ungesundhedsprofil kan bruges som et prioriterings- og planlægningsværktøj i forbindelse med tilrettelæggelse af sundhedsindsatser og i sundhedsaftaleregi på børne- og ungeområdet. En fælles børne- og ungesundhedsprofil giver ligeledes kommunerne mulighed for at sammenligne data over tid og på tværs af kommunerne.

Muligheder

Blandt fordelene ved at lave en fælles børne- og ungesundhedsprofil på baggrund af data fra Skolesundhed.dk kan nævnes:

- Der er tale om et eksisterende værktøj, som er velafprøvet.
- Skolesundhed.dk indeholder en bred vifte af spørgsmål indenfor sundhed og trivsel.
- Værktøjet er et godt afsæt for kommunerne til at arbejde på tværs af forvaltningsområder, og incitamentet hertil kan styrkes yderligere af en fælles profil på tværs af kommuner, som kommunerne kan sammenligne sig med.
- Ved at sammenligne sig med andre kommuner får den enkelte kommune et billede af, på hvilke områder det allerede går godt, samt hvor der med fordel kan sættes fokus i arbejdet omkring trivsel og sundhed. Dette giver også mulighed for erfaringsudveksling med andre kommuner.
- En fælles børne- og ungesundhedsprofil kan være et redskab til øget (politisk) bevågenhed, som det er set med "Hvordan har du det?".
- Mulighed for at monitorere på udvalgte områder, fx mental sundhed, hvor der ønskes et særligt fokus og eventuelt fælles indsatser på tværs af region og kommune.
- Styrke muligheden for bedre sammenhæng mellem børne- og voksenområdet.
- Indholdsmæssig inspirationskilde til de fremtidige voksenprofiler og indikationsangiver på potentielle kommende udfordringer i sundhedsvæsenet.
- Monitorering i forbindelse med sundhedsaftalen eller nye aftaler mellem region og kommuner.

Udfordringer

- For at sikre, at der opnås valide og sammenlignelige data, er det nødvendigt, at data indsamles i samme periode for alle kommuner og for samme klassetrin. Der skal således fastsættes en fælles indsamlingsperiode og udvalgte klassetrin, som skal deltage.
- På samme måde skal der fastsættes en fælles basispakke af spørgsmål i Skolesundhed.dk, som skal anvendes i alle kommuner. Der kan muligvis tilføjes lokale ønsker til spørgsmål i den enkelte kommune, men disse vil ikke blive en del af den samlede afrapportering.
- Ændringer i forhold til kommunernes eksisterende praksis omkring brugen af Skolesundhed.dk kan have betydning for planlægningen af skolernes årshjul. Såfremt undersøgelsen skal være baseret på CPR-numre, kan det ligeledes betyde en del ændringer i allokeringen af sundhedsplejens ressourcer.
- CPR-nr. gør det muligt at se på bortfald og i højere grad kontrollere, at data er sammenlignelige. Omvendt er der større udfordringer herved, end hvis undersøgelsen er anonym. Dette i kraft af at det kræver flere ressourcer til opfølgning, flere ressourcer til databehandling og muligvis større krav til indhentning af samtykke blandt forældre.
- Der er forskellig praksis for indhentning af samtykke i kommunerne, og der er forskellige tolkninger af de lovgivningsmæssige krav hertil. Måden der indhentes samtykke på kan påvirke svarprocenter og repræsentativitet.
- Andel af tosprogede og specialelever varierer i de enkelte kommuner, hvilket kan påvirke sammenligneligheden. Der er desuden forskellig praksis omkring registreringen heraf, hvilket yderligere kan gøre det vanskeligt at sammenligne kommunerne imellem.
- Der er forskellig praksis i kommunerne i forhold til at invitere fri- og privatskoler til deltagelse i Skolesundhed.dk. Dette kan medføre skævvridning i sammenligneligheden.
- Opgaven med databehandling og rapportskrivning er ressourcemæssig tung, uanset hvilket produkt der vælges. Dataindsamlingen foregår i forvejen i kommunerne, og er derfor ikke nogen ekstraopgave, men for eventuelle nye kommuner vil dette også være en stor opgave.
- Der er kommuner, som anvender andre værktøjer end Skolesundhed.dk, og dette kan have betydning for, om de med tiden ønsker at indgå i Skolesundhed.dk og dermed i en fælles syddansk profil.

Krav til en fælles profil og mulige modeller

En fælles profil muliggør sammenligning på tværs af kommuner på en række udvalgte sundheds- og trivselsområder. En fælles profil forudsætter dog, at undersøgelsen ensrettes på en række områder af hensyn til sammenligneligheden. Det gælder bl.a. at:

- Der skal udvælges obligatoriske fælles spørgsmål, som alle deltagende kommuner anvender. Derudover kan kommunerne vælge yderligere spørgsmål, men disse vil ikke blive en del af den fælles profil.
- Tidspunkt på året for gennemførsel af undersøgelsen skal være ens for alle deltagende kommuner.
- Klassetrin der skal deltage skal være de samme for alle kommuner.
- Undersøgelsen skal gennemføres i elevernes undervisningstid.

- Der skal udarbejdes en fælles procedure, der sikrer at data modtages ens fra kommunerne.
- Det skal besluttes, om undersøgelsen skal baseres på CPR-nr. eller ej.

Det bør desuden overvejes at lave en fælles anbefaling vedrørende indhentning af samtykke hos forældre.

Der peges på følgende modeller:

- Undersøgelsen gennemføres på 8. klassetrin og baseres på CPR-nr.
- Undersøgelsen gennemføres på både 8. klassetrin og 5. klassetrin og baseres på CPR-nr.
- Undersøgelsen gennemføres på 7. klassetrin og gøres anonym

I det følgende beskrives modellerne og øvrige relevante forhold. Der tages i beskrivelsen afsæt i en rundspørge blandt 12 af de 13 kommuner, som på nuværende tidspunkt anvender Skolesundhed.dk. Der kan i de kommende år forventes både flere nye deltagende kommuner men også kommuner, som ikke længere ønsker at benytte Skolesundhed.dk af forskellige årsager.

Fælles temaer og spørgsmål

Stort set alle kommuner har i rundspørgen svaret, at de benytter den såkaldte grundpakke i Skolesundhed.dk. Grundpakken består af spørgsmål under temaerne sundhed, trivsel, fritid, søvn, kost, motion mm. Der findes således allerede mulighed for at benytte spørgsmål fra grundpakken som fælles spørgsmål. Kvaliteten af de forskellige spørgsmål, eller behov for at inddrage yderligere spørgsmål, er dog ikke undersøgt nærmere af arbejdsgruppen i nuværende notat.

Udvælgelse af klassetrin - beskrivelse af modeller

Arbejdsgruppen har opstillet tre modeller for, på hvilke klassetrin en eventuel profilundersøgelse kan gennemføres. Modellerne er baseret på nuværende praksis omkring gennemførsel af Skolesundhed.dk i kommunerne. Under hver model er skitseret, hvilke muligheder og hvilke begrænsninger valg af den pågældende model medfører.

Model A – Gennemførsel på 8. klassetrin	
Forslag	Undersøgelsen gennemføres på 8. klassetrin og baseres på CPR-nr.
Nuværende praksis	11 af de 12 kommuner gennemfører undersøgelsen på CPR-nr. i 8. klasse i forbindelse med sundhedsplejens udskolingsundersøgelse/samtale.
Muligheder	I næsten alle kommuner gennemføres undersøgelsen i forvejen i 8. klasse, hvorfor det i de fleste kommuner ikke vil kræve deltagelse af nye klassetrin. Da undersøgelsen gennemføres i forbindelse med udskolingsundersøgelse/samtale hos sundhedsplejen indsamles data i forvejen med CPR-nr. Dette muliggør samstilling med andre data samt mulighed for bedre kontrol af datakvalitet.

Begrænsninger	Gennemførsel af undersøgelsen alene på 8. klassetrin giver udelukkende data fra udskolingen. Det giver ikke et nuanceret billede af børn/unge-populationen, og det bliver ikke muligt at se på udviklingen i børns sundhed og trivsel i løbet af skolegangen. Populationen i undersøgelsen vil ligge meget tæt på "den voksne" population, som i forvejen indgår i "Hvordan har du det?". Dog giver undersøgelsen mulighed for at stille spørgsmål konkret til denne målgruppe, hvilket ikke er muligt gennem "Hvordan har du det?" Undersøgelsen gennemføres på forskellige tidspunkter af året i kommunerne, og det kan kræve en ændring i praksis og af sundhedsplejens årshjul at gennemføre undersøgelsen på samme tid i alle kommuner.

Model B – Gennemførsel på 5. + 8. klassetrin	
Forslag	Undersøgelsen gennemføres på både 5. og 8. klassetrin og baseres på CPR-nr.
Nuværende praksis	6 af de 12 kommuner gennemfører på nuværende tidspunkt undersøgelsen på 5. klassetrin, men det er forskelligt, om der gennemføres med eller uden CPR-nr.
Muligheder	Gennemførsel af undersøgelsen på både mellemtrin og i udskoling giver mulighed for at se på udviklingen i et længere tidsperspektiv.
Begrænsninger	Vælges 5. klassetrin vil en del af kommunerne skulle flytte undersøgelsen hos sundhedsplejen for at justere ind. Kommuner, der gennemfører i 5. klasse, men uden CPR-nr., kan ligeledes blive nødt til at sætte flere ressourcer af, når undersøgelsen baseres på CPR-nr.

Model C – Gennemførsel på 7. klassetrin	
Forslag	Gennemførsel i alle kommuner på 7. klassetrin uden CPR-nr.
Nuværende praksis	Kun i én af de deltagende 12 kommuner har eleverne samtaler med sundhedsplejen i 7. klasse. Tre kommuner gennemfører i forvejen undersøgelsen anonymt i 7. klasse.
Muligheder	Da undersøgelsen er anonym, vil det ikke kræve så mange ændringer i sundhedsplejens planlægning. I forhold til krav om samtykke vil det være en administrativt lettere proces, at der ikke indsamles data med CPR-nr.
Begrænsninger	Ved at indsamle data anonymt bortfalder muligheden for at sammenstille data med anden relevant data på individniveau. Det bliver ikke muligt at se på udviklingen i børns sundhed og trivsel i løbet af skolegangen, hvis der kun indgår data fra udskolingen. Undersøgelsen kan være placeret lige tidligt nok i forhold til at kunne indfange risikoadfærd for unge, fx emner som tobak, alkohol eller søvn.

Tidspunkt på året

Det er vigtigt, at undersøgelsen gennemføres på samme tid af året i alle deltagende kommuner. Der kan være stor forskel på besvarelserne afhængig af, hvornår deltagerne bliver spurgt. Eksempelvis kan en faktor som eksamenspres være af stor betydning for trivslen blandt de større elever, ligesom alkoholforbrug kan variere afhængig af diverse begivenheder i løbet af året.

Der er variation i kommunernes besvarelser i forhold til, hvilket tidspunkt på året undersøgelsen på nuværende tidspunkt gennemføres. Nogle kommuner gennemfører inden for en afgrænset periode, mens andre kommuner angiver at gennemføre hen over hele året. I begge tilfælde afhænger det af skolernes og sundhedsplejens årshjul. Ved at stille krav om afvikling på samme tidspunkt i alle kommuner kan det komme til at påvirke nuværende praksis eller nødvendiggøre, at eleverne udfylder spørgeskemaet to gange i løbet af skoleåret.

Det vurderes, at det *mindst* indgribende tidspunkt, for en fælles gennemførsel, vil være perioden medio januar til ultimo marts, hvor den nationale trivselsmåling gennemføres på alle landets skoler. En del skoler gennemfører i forvejen Skolesundhed.dk på dette tidspunkt, men for øvrige vil det kræve ændring af nuværende praksis.

Hvor tit skal undersøgelsen gennemføres

Undersøgelsen bør gennemføres i et interval, der er meningsgivende i forhold til at følge udviklingen hos børn og unge. Blandt børn og unge skifter udviklingstendenser med en højere frekvens end hos voksne, hvorfor en gennemførelse hvert fjerde år, i lighed med sundhedsprofilundersøgelsen ”Hvordan har du det?”, kan være for lang en tidshorisont. En årlig gennemførsel vil på den anden side være for hyppig både i forhold til at kunne omsætte informationerne og i forhold til de ressourcer, det kræver at gennemføre undersøgelsen og behandle data.

Undersøgelsen kan med fordel gennemføres hvert andet eller tredje år. Fordele og ulemper, i forhold til sammenfald med sundhedsprofilundersøgelsen ”Hvordan har du det?”, bør dog overvejes.

CPR-nr. eller anonymitet

For befolkningsundersøgelser er det generelt mest interessant at indsamle data på individniveau med CPR-nr., da dette giver bredere muligheder i anvendelsen af data. Selv om det er mest ønskværdigt at indsamle data på CPR-niveau, så kan der også være fordele ved at gennemføre undersøgelsen anonymt. Nedenfor skitseres fordelene ved hver af de to tilgange:

Fordele ved CPR-numre:

- Mulighed for samstilling med anden relevant data. Dette muliggør analyser af bortfald, socioøkonomiske forskelle, forskelle mellem kommuner mm.
- Hvis elever kan identificeres på CPR-nr. forbedres muligheden for at tage højde for fx børn med specialbehov. Dette er relevant, hvis kommunerne ikke har ens praksis på området.
- Fjerner risikoen for dobbeltbesvarelser – muliggør ’oprydning’ i data.

- Mulighed for at følge børn på individniveau gennem skolegangen.

Fordele ved anonymitet:

- Sundhedsplejen er ikke nødsaget til at tilpasse arbejdsgange i forhold til gennemførelse af undersøgelsen, da en anonym besvarelse gør det umuligt at handle på det enkelte barns besvarelse modsat hvis undersøgelsen baseres på CPR-nr.
- Anonymitet muliggør, at der kan laves en ekstra besvarelse, hvis det er nødvendigt, uden påvirkning af sundhedsplejens årshjul og andre kommunale dagsordner. Det kræver dog stadig, at der sættes tid af til selve gennemførelsen af undersøgelsen.

Uanset om der vælges at gennemføre med CPR-nr. eller anonymt, så skal der være en opmærksomhed på krav om indhentning af samtykke og de konsekvenser der kan være heraf, se senere afsnit.

Elever med særlige behov eller tosprogede

I forhold til sammenligning af resultater på tværs af kommuner, kan det udgøre et problem, at der ikke er en standardiseret metode til håndtering af elever, der modtager specialundervisning pga. fysiske, psykiske, sociale eller emotionelle vanskeligheder. Det samme gør sig gældende i forhold til, hvordan kommunerne registrerer flersprogede, som har et basisbehov og dermed skal have et særligt tilbud med fokus på dansk som andetsprog.

Hvis specialklasser og modtagelsesklasser udelades af datamaterialet kan det højne sammenligneligheden kommunerne imellem. Der vil dog fortsat være stor forskel på, i hvor høj grad elever der modtager specialundervisning og flersprogede elever, med behov for basisundervisning i dansk som andetsprog, indgår i den almindelige klasse. Det betyder, at der kan ske en skævvridning af resultaterne. En måde at imødekomme denne forskel på er at anbefale kommunerne, at det ikke gøres til en del af praksis at yde massiv hjælp i forbindelse med besvarelse af spørgeskemaet. Dermed vil elever, der af den ene eller anden grund ikke er i stand til at udfylde spørgeskemaet blive naturligt ekskluderet, og der vil dermed blive skabt en vis form for standardisering.

Andelen af specialklasser og modtagelsesklasser registreres forskelligt i kommunerne. Skal der laves en fælles profil, bør andelene i de enkelte kommuner afdækkes nærmere for at estimere omfanget af en eventuel skævvridning.

Elever i fri- og privatskoler

Det er forskelligt på tværs af kommuner, om fri- og privatskoler på nuværende tidspunkt deltager i Skolesundhed.dk og i hvilken grad. Det kan medføre en skævvridning, hvis kommunerne ikke har samme praksis på dette område. Der bør tages stilling til, hvorvidt fri- og privatskoler skal inviteres til at deltage i den fælles børne- og ungesundhedsprofil gennem Skolesundhed.dk.

Samtykke

Blandt de kommuner, der allerede anvender Skolesundhed.dk, er der stor forskel på, om der indhentes samtykke hos forældrene til at eleverne må deltage i undersøgelsen, og i så fald hvordan. Nogle anvender et passivt samtykke, andre et aktivt samtykke. I sidstnævnte tilfælde er der forskel på, hvordan det indhentes, fx om det sker ved skolestart eller hvert år og om det indhentes mundtligt eller skriftligt.

Persondataloven udgør det retlige grundlag i forbindelse med kommunernes behandling af oplysninger indsamlet via Skolesundhed.dk. Det fortolkes dog forskelligt blandt adspurgte jurister, fx hvorvidt det kræver et aktivt samtykke fra forældrene, for at børnene kan gennemføre undersøgelsen. Regler omkring samtykke vil desuden muligvis blive skærpet i forbindelse med den kommende EU-forordning på området.

Hvis samtykke skal indhentes som et aktivt samtykke, vil det med al sandsynlighed påvirke svarprocenten negativt. Der kan ligeledes være stor variation i kommunernes svarprocenter, afhængigt af hvor stor en indsats der gøres for at indhente samtykke. Variation i indhentning af samtykke kommunerne imellem kan have stor indflydelse på repræsentativiteten i undersøgelsen, idet det er velkendt, at det kan være sværere at indhente samtykke hos særlige grupper, herunder grupper med lav socioøkonomisk baggrund.

På nuværende tidspunkt varierer praksis meget på dette område. Det vil derfor næppe være muligt at opstille ensartede krav til, hvordan skolerne skal indhente samtykke. Der bør dog udformes en fælles anbefaling. Derudover gælder det, at det i sidste ende er den enkelte kommune, der står til ansvar for proceduren omkring samtykke.

Produkt

Arbejdsgruppen foreslår, at der udarbejdes en rapport, som beskriver udviklingen på regions-, kommune- og årgangsniveau. Udover at det vil have betydning for ressourceforbruget, hvor ofte undersøgelsen skal gennemføres, har omfanget af rapporten også betydning. Omfanget af rapporten kan varieres, og nedenfor skitseres to modeller herfor:

- En rapport der indeholder standardtabeller, der viser udviklingen indenfor hvert enkelt spørgsmål.
- En rapport med standard- og krydstabeller, hvor der udover simple standardtabeller også medtages krydstabeller, der giver mulighed for at belyse sammenhænge mellem udvalgte variable.

Såfremt undersøgelsen laves uden CPR-nr. vil det ikke være muligt at medtage socioøkonomisk baggrund, som ellers fylder meget i voksenprofilen. Det vurderes, at det vil være meget vanskeligt at spørge aldersgruppen om spørgsmål hertil. Hvis der derimod indhentes på CPR-nr., vil socioøkonomiske oplysninger kunne indhentes via registre. Dette er dog tidskrævende og der skal afsættes midler hertil.

Organisering og ressourcer

Kommunerne har i forvejen opgaven med at varetage den praktiske del af gennemførelsen af undersøgelsen i Skolesundhed.dk. Det giver derfor bedst mening at bibeholde denne funktion i kommunerne. Det er således nødvendigt med en superbruger i hver kommune, der kan afsætte tid til at varetage opgaven. En fælles profil vil desuden kræve, at de enkelte medarbejdere kan bidrage til den nødvendige koordinering og løbende afklaring, ligesom der vil være opgaver i forhold til at sikre

nogenlunde ensartede procedurer i forbindelse med dataindsamling og databearbejdning. Der skal desuden udarbejdes en fælles rapport.

Det foreslås, at der nedsættes en lille data/arbejdsgruppe bestående af fem medarbejdere fordelt på region og kommune. Medarbejderne skal have de nødvendige kompetencer i databehandling og statistik, og skal kunne afsætte den nødvendige tid. Arbejdet vil være sæsonbetonet og vil i perioder være fuldtidsarbejde. Det vurderes, at omfanget i forbindelse med rapportskrivning kan variere mellem tre-fire måneders fuldtidsarbejde for gruppens medlemmer for en anonym undersøgelse, kun bestående af standardopslag, og seks-otte måneder fuldtid for en undersøgelse baseret på CPR-nr., hvor der både skal indgå standard- og krydstabeller. Der skal forventes yderligere ressourceforbrug ved den første gennemførelse af undersøgelsen. Dertil skal indtænkes tid til udvælgelse af spørgsmål og til dataindsamling.

Såfremt der indhentes via CPR-nr., som skal kobles med registerdata, vil det medføre en større opgave analysemæssigt.

Det er en mulighed at købe eksterne ressourcer til analysearbejdet i lighed med voksenprofilen.

Pris for at benytte Skolesundhed.dk

Det kommunale repræsentantskab for Skolesundhed.dk har vedtaget en prismodel, der træder fuldt i kraft 1. januar 2019. Prisen skal dække udgifterne forbundet med at drive skolesundhed.dk og bygger på en non-profit struktur. Betalingens størrelse afhænger af kommunens indbyggertal samt antallet af moduler, hvilket forklarer intervallerne i prisniveauerne neden for. Modellen er bygget op, så der ved et enkelt modul betales følgende:

- Opstartsgebyr (kun aktuelt hvis man ikke anvender Skolesundhed.dk i forvejen): 9.000-66.000 kr.
- Fast abonnementspris: 9.000-66.000 kr./år.
- Pris for første modul: 9.000-66.000 kr./år.

For en gennemsnitskommune på 55.000 indbyggere vil den samlede pris være 58.000 kr. (87.000 kr. inkl. opstartsgebyr). I 2018 betales halv pris.

Hvis der skal indhentes registeroplysninger vil dette også medføre en udgift.

KKR Syddanmark - politiske udpegninger til regionale sundhedsfora 2018-2022

Forum	Kort om forum	Kommentar	Antal pladser	Udpegede 2014-2018		
				Navn	Parti	Kommune
Sundhedskoordinationsudvalget	Samarbejde om den tværsektorielle indsats på sundhedsområdet, herunder sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Indgå og implementere sundhedsaftale.	Skal jf. bekendtgørelse holde mindst 4 møder om året. I sidste valgperiode blev der afholdt 5-6 møder om året. Møderne varede 3-4 timer og blev afholdt rundt i hele regionen.	5	Povl Kylling Petersen Susanne Crawley Larsen Anni B. Tyrrestrup Erik Rosengaard Henning Ravn	A B O V V	Aabenraa Odense Middelfart Nyborg Esbjerg
Praksisplanudvalget	Udarbejde en praksisplan for almen praksis, der er det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem kommunerne, regionen og almen praksis.	Udvalget forventes at holde 3-4 møder årligt af ca. 3 timers varighed. Møderne er i denne periode afholdt i Kolding.	5	Susanne Crawley Larsen Anni B. Tyrrestrup Erik Rosengaard Henning Ravn Malene K. Nielsen	B O V V V	Odense Middelfart Nyborg Esbjerg Vejen
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Almen praksis	Forum for dialog mellem repræsentanter fra faglig organisation, Regionen og kommuner ift. overenskomsten på området.		2	Povl Kylling Petersen Asger Christensen	A V	Aabenraa Kolding
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Fysioterapi	Forum for dialog mellem repræsentanter fra faglig organisation, Regionen og kommuner ift. overenskomsten på området.	Der afholdes fire møder årligt af ca. 2 timers varighed. Møderne er i denne periode afholdt i Kolding.	2	Jørgen Thøgersen Yrsa Mastrup	A V	Vejen Kolding
Samarbejdsiudvalg på praksisområdet Kiropraktorer	Forum for dialog mellem repræsentanter fra faglig organisation, Regionen og kommuner ift. overenskomsten på området.	Der afholdes som udgangspunkt to møder årligt af 2-3 timers varighed. Møderne er i denne periode afholdt i Kolding/Vejle/Odense.	1	Jens Munk	O	Svendborg
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Psykologer	Forum for dialog mellem repræsentanter fra faglig organisation, Regionen og kommuner ift. overenskomsten på området.	Der afholdes som udgangspunkt to møder årligt af 2-3 timers varighed. Møderne er i denne periode afholdt i Kolding.	1	Charlotte Christiansen	A	Assens
Samarbejdsudvalg på praksisområdet Tandlæger	Forum for dialog mellem repræsentanter fra faglig organisation, Regionen og kommuner ift. overenskomsten på området. Behandling af klagesager og vurdering af behandlingsmønster.	Fordel at den samme person udpeges til koordinationsudvalget - møderne holdes i forlængelse af hinanden. Der afholdes to møder årligt.	1	Ruth Lauridsen	V	Billund
Koordinationsudvalg tandlæger	Sikre koordinering og gode overgange på tværs af sektorer samt etablering af vagtordninger.	Fordel at den samme person udpeges til samarbejdsudvalg for tandlæger - møderne holdes i forlængelse af hinanden. Der afholdes to møder årligt.	1	Anja Lund Kristensen	V	Nordfyns

SUNDHEDS-
OG ÆLDREMINISTERIET

Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Sundhedsministeren

Dato: 13. oktober 2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPSDE
Sagsnr.: 1707217
Dok. nr.: 450772

KL
Formand Martin Damm
Administrerende direktør Kristian Wendelboe
Weidekampsgade 10
2300 København S

Kære Martin Damm og Kristian Wendelboe

Tak for jeres brev af 4.oktober 2017 vedr. oprettelse af særlige pladser i psykiatrien. Det glæder mig, at KL bakker op om oprettelsen af de særlige pladser i psykiatrien, og at vi er enige om, at pladserne er vigtige i indsatsen for den særligt udsatte gruppe af mennesker med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd og ofte samtidigt misbrug.

I brevet stiller I dog spørgsmål om processen for oprettelsen af de særlige pladser i psykiatrien, herunder antallet af pladser.

Jeg vil gerne understrege, at det hele tiden har været aftalen, at der skulle oprettes 150 pladser. Dette har været aftalen både før og efter det endelige lovforslag, som blev vedtaget i Folketinget den 2. juni 2017. Fx fremgår det af aftalen mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi for 2018, at der er afsat 400 mio. kr. til forebyggelse af vold på botilbud herunder 150 nye særlige pladser i psykiatrien, og at disse står klar primo 2018. Dette fremgår ligeledes af aftalen om regionernes økonomi for 2018 mellem regeringen og Danske Regioner. Det fremgår desuden af delaftalen til satspuljeaftalen fra den 14. oktober 2016, at der skal oprettes 150 pladser. Jeg forventer derfor, at kommunerne gør sit for, at regionerne kan oprette det aftalte antal pladser primo 2018.

Jeg undrer mig meget over, at KL ønsker at lade de særlige pladser i psykiatrien blive indfaset over tid. Delaftalen fra 14. oktober 2016 blev netop indgået som reaktion på et akut behov for at stille et bedre tilbud til rådighed for en særligt udsat målgruppe og for hurtigst muligt at aflaste de ansatte på landets kommunale socialpsykiatriske botilbud. En indfasning over tid vil forsinke processen for oprettelsen af de særlige pladser i psykiatrien og dermed også forhale løsningen på et akut problem.

Jeg kan forstå, at KL er bekymret for, at kommunerne kommer til at finansiere ubenyttede pladser som følge af en lavere efterspørgsel end 150 pladser. Det vil selvfølgelig ikke være hensigtsmæssigt, hvis der kommer til at være ubenyttede pladser. Når det er sagt, så er vores bedste bud på kapacitetsbehovet 150 pladser på landsplan, hvorfor dette har været aftalen i hele processen. Sundheds- og Ældreministeriet vil desuden følge de særlige pladser i psykiatrien tæt. Bl.a. vil antallet af pladser, antal indskrevne patienter og gennemsnitlig liggetid mv. blive fulgt løbende. Hvis det viser sig, at behovet for pladser er et andet end 150, vil det blive taget op til drøftelse i satspuljekredsen – for der skal selvfølgelig ikke bruges midler på en masse ubenyttede pladser.

Eftersom fordelingen af pladserne hverken fremgår af økonomiaftalerne eller lovgivningen, har der været lagt op til, at Danske Regioner sammen med regionerne

skulle aftale den konkrete fordeling af pladserne på baggrund af lokale behov. Da det ikke viste sig at være muligt for Danske Regioner og de fem regioner at indgå en aftale om den konkrete fordeling af pladserne, har Sundheds- og Ældreministeriet opfordret til, at fordelingen af pladserne sker efter bloktilskudsnøglen, som er en velkendt fordelingsnøgle.

Jeg ser frem til, at de nye pladser står klar primo 2018, således at patienter og personale får det tilbud, som længe har været efterspurgt, som skal styrke behandlingsindsatsen for en sårbar gruppe og forebygge vold mod personalet.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby

Til sundhedsministeren

Dato: 31. oktober 2017

Sags ID: SAG-2016-06574
Dok. ID: 2427371

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Svar vedr. særlige pladser i psykiatrien

Kære Ellen Trane Nørby

Tak for dit brev af 13. oktober 2017 vedrørende oprettelsen af særlige pladser i psykiatrien.

I dit brev fastholder du, at der skal etableres 150 pladser uafhængigt af en konkret behovsvurdering. Du tilkendegiver endvidere, at det vil være op til satspuljeforhandlerne at beslutte, hvorvidt der kan ske ændringer i kapaciteten.

Det gør du med henvisning til blandt andet økonomiaftalerne mellem regeringen og henholdsvis Danske Regioner og KL. Du henviser også til delaftalen til satspuljeaftalen fra den 14. oktober 2016. Selv samme delaftale slår fast, kommunerne i en region samt regionen gennem en konkret rammeaftale skal forpligte sig til en forudsat kapacitet med tilhørende afregning, samt at den fremadrettede kapacitet aftales løbende mellem kommunerne og regionen, bl.a. med afsæt i udnyttelsen af pladserne.

Dette har været en grundlæggende forudsætning for KL's og kommunernes accept af den økonomiske model for de nye pladser, hvoraf følger, at kommunerne bærer hovedansvaret for de kommende psykiatriske behandlingspladser. Samtidig er det helt afgørende for kommunerne, at de nye pladser ikke bliver en anledning til yderligere reduktioner i den almindelige psykiatri.

KL finder det uacceptabelt, at kommunerne, som vel at mærke bærer det økonomiske hovedansvar for de kommende pladser, fratages styringsmuligheden ift. planlægning af kapacitet. På den baggrund ønsker KL et snarligt politisk møde med henblik på at drøfte sagen.

Med venlig hilsen

Martin Damm

Kristian Wendelboe

Til kommunaldirektøren

Dato: 30. oktober 2017

Sags ID: SAG-2016-06574
Dok. ID: 2418735

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Vedrørende etableringen af særlige pladser i psykiatrien

Folketinget vedtog i juni 2017, at der skal etableres særlige pladser i psykiatrien til en lille gruppe af borgere med svære psykiske problemstillinger. Baggrunden var en række tragiske drab på medarbejdere i kommunale og regionale botilbud og på forsorgshjem.

Siden lovvedtagelsen har regioner og kommuner påbegyndt processer for at sikre, at der kan åbnes nye særlige pladser i behandlingspsykiatrien fra primo 2018. Indledningsvis har dialog mellem regioner og kommuner haft stort fokus på behovet for pladser, da der i den oprindelige satspuljeaftale, der sikrer en vis grad af statslig medfinansiering, er taget udgangspunkt i, at der etableres i alt 150 pladser.

For KL og kommunerne har det været afgørende, at den kapacitet, der opbygges, er i overensstemmelse med det behov, der identificeres i kommunalt regi. Dette behov kan afvige fra det tidligere estimerede antal, da den endelige model for pladserne, herunder muligheden for visitation til pladserne m.v., har ændret sig væsentligt.

Den 1. september 2017 oplyste Sundheds- og Ældreministeriet imidlertid på baggrund af en status på antal planlagte pladser i et brev til KL og Danske Regioner, at fordelingen af pladser regionerne imellem bør fordeles efter bloktilskudsnøglen. Derved skal det sikres, at der primo 2018 er etableret i alt 150 nye pladser.

Sundheds- og Ældreministeriets udmelding har foranlediget det vedhæftede brev fra KL's formand til sundhedsministeren.

KL anfører i brevet, at den lavere efterspørgsel på pladser blandt kommunerne blandt andet kan skyldes, at der er sket indskrænkninger i muligheden for at visitere til de særlige pladser siden den oprindelige behovsvurdering. I den oprindelige behovsvurdering var der fx ikke normeret en varighed af opholdet, men der skulle ske revurdering senest efter seks måneder. Den forventede varighed af behandlingsforløbene er nu fastsat til fra tre til seks måneder. Dette og andre ændringer giver anledning til nedjustering af forventningen til kapacitetsbehovet.

KL påpeger også i brevet, at det er KL's klare opfattelse, at det er en forudsætning for etablering af de særlige pladser i psykiatrien, at antallet af

Dato: 30. oktober 2017

Sags ID: SAG-2016-06574
Dok. ID: 2418735

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

pladser aftales lokalt ud fra en konkret behovsvurdering. Det er helt afgørende set i lyset af, at kommunerne finansierer 80 pct. af pladserne. I forlængelse heraf tilkendegiver KL, at kommunerne ikke kan være forpligtede til at finansiere tomme pladser, der er et resultat af, at staten pålægger en kapacitet, der overstiger de lokale behovsvurderinger.

KL anfører også i brevet, at der i takt med etableringen af de særlige pladser i psykiatrien er behov for skærpet opmærksomhed på kapaciteten i den ordinære behandlingspsykiatri. Det er afgørende, at behandlingskapaciteten på de ordinære afdelinger ikke reduceres i takt med, at patienter bliver indskrevet på de nye særlige pladser. Det bør være et fokusområde såvel lokalt-regionalt som nationalt. Derfor skal KL også opfordre til, at kommunerne følger udviklingen tæt, ligesom det med fordel kan indgå i drøftelser med de enkelte regioner.

Sundhedsministeren har den 13. oktober 2017 i et svar til KL fastholdt ministeriets tolkning, hvoraf det følger, at der forventes etableret 150 særlige pladser i psykiatrien primo 2018, at pladsforbruget som ventet vil blive monitoreret nationalt og kan tages op i satspuljekredsen, såfremt behovet for pladser fx er mindre end det oprindeligt estimerede antal.

På baggrund af sundhedsministerens svar vil KL nu tage initiativ til et politisk møde med henblik på at drøfte sagen.

For spørgsmål i forbindelse med etableringen af de særlige pladser i psykiatrien i øvrigt, kan der rettes henvendelse til KL's Center for social og sundhed, att. Tina Levysohn via mail tle@kl.dk eller telefon 33703562.

Med venlig hilsen

Kristian Wendelboe

Overvejelser til KL om de otte nationale mål fra Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum i Syddanmark

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum i Syddanmark har drøftet KL's ønske om inputs til overvejelserne om tilpasning af de otte nationale mål på sundhedsområdet.

Formandskabet består af Jakob Kyndal (Aabenraa), Annemarie Zacho-Broe (Fredericia), Sonja Miltersen (Vejen), Gitte Østergaard (Odense) og Arne Nikolajsen (Esbjerg).

Nedenfor beskrives formandskabets overvejelser i to afsnit. Et afsnit der handler om de overordnede otte mål, og et afsnit der handler om indikatorerne (delmål) under de otte mål.

Færre – og mere relevante – overordnede mål

Formandskabet mener, at det er relevant at overveje, om der kan opstilles færre end de otte overordnede mål. Færre mål vil sikre et skarpere fælles fokus på tværs af regioner og kommuner. Målene bør ikke fokuseres alene på, at der er behov for mere kommunespecifikt fokus men i lige så høj grad på mål, som tilsammen giver mening for det samlede sundhedsvæsen. Det overordnede mål må være, at sundhedsvæsenet samlet set skaber (mest) værdi for borgerne. Med færre nationale mål vil der være større mulighed for lokalt/regionalt at udvide, så der sættes fokus på netop de områder, som regionalt er i fokus.

Et bud på færre og mere overordnede mål, der favner et sammenhængende sundhedsvæsen kunne være:

1) Sammenhængende borgerforløb
2) Flere sunde leveår
3) Høj kvalitet og værdi for borgerne

Denne tilgang ses også delvist i de nuværende nationale mål, hvor en "overligger" med tre mål er defineret, hhv. bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet. Formandskabet mener, at niveauet mellem tre overordnede mål og de konkrete indikatorer kan undværes. Sagt med andre ord kan de nuværende otte nationale mål undværes og i stedet erstattes af de tre overordnede mål operationaliseret med konkrete indikatorer under hver.

Det underbygges af, at de resterende nuværende overordnede mål kan placeres som indikatorer eller midler til at opnå de tre overordnede mål. Eksempelvis bør øget borger-/patientinddragelse ikke være et mål i sig selv men i stedet et middel til at opnå alle tre ovenstående mål.

Nye indikatorer/delmål

Der skal i målene være fokus på, at det der måles på er ting, som reelt skaber værdi for borgerne. Det afgørende er, at der skabes et samlet sundhedsvæsen, som borgerne oplever giver dem livskvalitet, værdi og tryghed. I den sammenhæng er det relevant at se på den konkrete borgers/patients oplevelse af sundhedsvæsenet men også at sætte fokus på, hvordan borgerens pårørende oplever mødet med sundhedsvæsenet.

Formandskabet har drøftet relevansen af at inddrage økonomi~~en~~ i det samlede billede af den værdiskabelse, der arbejdes med i sundhedsvæsenet. Der lægges dog op til, at der i de nationale mål er

fokus på borgeroplevet kvalitet og at løfte populationsansvaret, mens økonomien oplagt kan tilføjes i de regionale/lokale drøftelser af målene.

I forhold til indikatorerne lægges der desuden op til, at der ses på effektmål – også hvis det betyder, at det stiller krav til indsamling af nye data.

Der kan laves mange forskellige nye indikatorer, der er mere relevante set for det samlede sundhedsvæsen. Nedenfor gives eksempler på nogle nye relevante mål:

- Gennemsnitlig sygemelding for borgere der modtager almen genoptræning
- Mental sundhed/trivsel blandt unge
- Almen praksis' henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud pr. 1.000 borgere
- Andel af ældre, der oplever ensomhed

SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 09-11-2017 NCHO/NIVG/ELSD

Sagsnr. 4-1010-336/1

Bilag 1. Oplæg til vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Dette oplæg danner baggrund for arbejdsgruppens drøftelser på 2. workshop om sundhedsaftaler, der afholdes torsdag den 16. november 2017 kl. 11.00-14.30 i Sundhedsstyrelsen. Oplægget er udarbejdet med udgangspunkt i drøftelserne på 1. workshop og Sundhedsstyrelsens skriftlige opsamling på disse.

Oplægget består af en udvidet disposition for den nye vejledning med angivelse af forslag til kapitler og afsnit i vejledningen. Kapitler med kursiverede overskrifter behandles ikke på workshoppen, men udkast til kapitlernes indhold beskrives af Sundhedsstyrelsen på baggrund af bl.a. den nuværende bekendtgørelse og vejledning.

1 Indledning

2 Sundhedskoordinationsudvalg

3 Fælles forudsætninger for sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen udarbejdes på baggrund af en række fælles forudsætninger, som tilsammen har til formål at sætte en overordnet *retning* for den langsigtede udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen, der skaber mest mulig sundhed i befolkningen.

De fælles forudsætninger skal ses i sammenhæng med kapitel 4 om sundhedsaftalens indhold, og som en konkretisering af den overordnede retning, de fælles forudsætninger sætter for sundhedsvæsenet.

Det er op til parterne, hvordan de vil dokumentere, at sundhedsaftalen hviler på de fælles forudsætninger. Dog bør det fremgå, hvordan forudsætningerne er indarbejdet i hele eller dele af sundhedsaftalen.

I det følgende oplistes de forudsætninger, som sundhedsaftalen udarbejdes med afsæt i.

3.1 Klar ansvars- og opgavefordeling om fælles patienter/borgere

Sundhedsaftalen skal dermed understøtte:

- at sundhedsvæsenets parter samarbejder om sammenhæng i patientforløbet, især ved sektorovergange, så borgerne/patienterne oplever tryghed, koordination og kontinuitet i forløbet.
- at parternes arbejdsopgaver og ansvarsområder i forløbet er tydeliggjort.
- at en klar ansvars- og opgavefordeling om fælles patienter understøttes af, at der for sundhedsaftalen formuleres fælles målsætninger, som tager udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsvæsenet.
- at samarbejdet understøtter fleksibel brug af ressourcer og kompetencer på tværs af sektorer, herunder afprøvning af nye modeller for samarbejde, hvor regioner og kommuner eksempelvis etablerer modeller for fælles ledelse og arbejder med fælles finansiering af indsatser til udvalgte målgrupper eller inden for udvalgte områder.

3.2 Høj, ensartet kvalitet og lighed i sundhed

Sundhedsaftalen skal bidrage til at understøtte:

- at indsatser på tværs af sektorer er af høj og ensartet kvalitet.
- at der på tværs af kommuner i regionen og uden for regionen samt på tværs af regioner er en ensartet kvalitet i den leverede indsats.
- lighed i sundhed. Herunder, at aftalen har fokus på differentierede tilbud, som tilsvarer den enkelte borgeres behov og ressourcer, og som tager hensyn til borgerens uddannelsesniveau, køn, etnicitet og funktionsevne. Lighed i sundhed gennem differentierede tilbud understøttes i øvrigt af en populationsbaseret tilgang (3.3).

3.3 En populations- og databaseret tilgang

Sundhedsaftalen skal tage afsæt i:

- at der arbejdes ud fra en populationsbaseret tilgang, som indebærer, at parterne tilrettelægger indsatserne ud fra tilpasning til den enkelte borgers behov med baggrund i borgerens risikoprofil.
- at alle borgere ikke nødvendigvis tilbydes den samme indsats, men at indsatserne i stedet differentieres med henblik på at skabe mest mulig sundhed for en afgrænset population og samtidig skabe mest mulig lighed i fordelingen af sundhed i den samlede population.
- at sundhedsaftalen kan baseres på en risikostratificering, hvor populationen for eksempel inddeles i tre grupper: højrisikogrupper, patienter i stigende risiko og patienter i lav risiko. Sundhedsaftalen bør ikke udelukkende fokusere på indsatser målrettet patienter i højrisikogrupper, men indeholde målrettede indsatser til afgrænsede populationer baseret på borgeneres risikoprofil, herunder indsatser målrettet patienter i stigende risiko for at blive syge og opleve forværring af helbredet.
- at sundhedsaftalen baseres på data og viden om befolkningen, eksempelvis data fra sundhedsprofilerne. Data bør både inddrages i tilrettelæggelsen af og opfølgning på sundhedsaftalen.
- at indsatserne foretages der, hvor det giver bedst mening fagligt og ressourcemæssigt..

3.4 Laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet)

Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om:

- at sundhedsydelser leveres på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON) og afspejle den lokale risikostratificering af befolkningen med henblik på mest muligt at styrke borgernes sundhed for de ressourcer, der er til rådighed.

- at eventuel overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret, med afsæt i de principper for samarbejde, der fremgår af afsnit 4.4.
- at parterne bidrager til hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer eksempelvis gennem kompetenceudvikling af aktører på tværs af sektorer og aftaler om adgang til rådgivning, sparring og erfaringsudveksling, så der er de fornødne kompetencer til rådighed til at levere indsatsen på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau. Dette er også afspejlet i afsnittet om principper for samarbejde.

3.5 Inddragelse af patienter og pårørende

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Sundhedsaftalen skal medvirke til:

- at borgere, patienter og pårørende inddrages i de enkelte patientforløb og -behandlinger, således at den samlede indsats tilpasses den enkeltes behov optimalt og understøtter borgerens/patientens mestringsevne.
- at alle relevante aktører i borgerens forløb forholder sig til, hvorledes borgeren inddrages i spørgsmål om egen sundhed og behandling.
- at sikre borgere, patienter og pårørende nem og sikker adgang til dialog med de relevante aktører i forløbet.

4 Sundhedsaftalens indhold

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne inden for de områder eller de målgrupper, som sundhedskoordinationsudvalget med afsæt i de fælles forudsætninger og på baggrund af data og viden beslutter at indgå aftale om. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale, og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på de områder eller for de målgrupper, der indgås aftale om.

4.1 Formål

Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Formålet med sundhedsaftalen er at understøtte sammenhængende forløb for borgere og patienter, der har forløb på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet og har effekt for borgeren, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

4.2 Målgrupper og områder, der indgås aftale om

Sundhedsaftalen omfatter borgere i alle aldre, der har behov for en sammenhængende, tværfaglig indsats fra aktører på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden.

Aftalen bør overordnet have fokus på de målgrupper, hvor sundhedsvæsenet kan have udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Aftalen bør desuden, ud fra en populationsbaseret tilgang, både have fokus på de patienter med komplekse

forløb, hvor der på tværs af sektorer typisk er et stort ressourcestræk og behov for tæt koordinering, samt de patienter, der er i stigende risiko for forværring af helbred . Herudover kan eksempelvis sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet raske borgere være et fokusområde i sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget skal i udvælgelsen af målgrupper og områder tage afsæt i:

- eksisterende data og viden, der viser, hvor der er behov for særlig indsats i det tværsektorielle samarbejde.
- de kommunale og regionale sundhedsprofiler, øvrige lokale og nationale data samt resultater fra lokale og nationale indsatser på sundhedsområdet. Data og viden bør omfatte den målgruppe eller det område, der indgås aftale om.
- det fælles værdiggrundlag for sundhedsaftaler, som fremgår af kapitel.
- der kan også indgås aftaler om overdragelse og varetagelse af specifikke opgaver, f.eks. IV-behandling.

4.3 Fastlæggelse af fælles målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal:

- opstille fælles målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de områder og/eller målgrupper, sundhedskoordinationsudvalget beslutter at indgå aftale om. Udvælgelse af målgrupper og områder bør ske med afsæt i relevante data og viden, herunder med afsæt i de kommunale og regionale sundhedsprofiler.
- Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.
- Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til at sikre en løbende opfølgning og justering af indsatsen.
- sundhedskoordinationsudvalget kan fastlægge delmål og succeskriterier for specifikke indsatser målrettet en patientgruppe eller inden for et givent område.

4.4 Principper for samarbejde

For at understøtte tydelige aftaler om samarbejde, herunder samarbejde baseret på fælles ledelse og fælles finansiering, baseres sundhedsaftalen på en række principper for samarbejde, som parterne skal basere aftaler om indsatser i sundhedsaftalen på.

Det er op til parterne, hvordan de vil dokumentere, at aftaler om indsatser er sket med afsæt i principper for samarbejde. Dog skal det tydeliggøres i sundhedsaftalen, at der er taget stilling til principperne.

Principperne er oplistet i det følgende og hænger i øvrigt sammen med de fælles forudsætninger, idet principperne skal bidrage til at sikre, at de fælles forudsætninger for sundhedsaftalen er underbygget af konkrete indsatser og klare aftaler om samarbejde.

Opgavevaretagelse og opgavefordeling

- Der er taget stilling til, hvor og hos hvilken faggruppe opgaven mest hensigtsmæssigt varetages, med afsæt i de fælles forudsætninger.
- Der er taget stilling til, hvordan opgavevaretagelse forholder sig til ansvarsfordeling, jf. at sundhedsaftalen skal understøtte en fælles tilgang til patienten, hvor sektorer og faggrupper arbejder sammen ud fra fælles ledelse, målsætninger og finansiering.
- Det fremgår af aftalen, hvem der varetager hvilke opgaver i en indsats.

Mål for indsatsen

- Der er udarbejdet klare, konkrete og operationelle mål for indsatsen.
- De fastlagte mål er, ved behov, suppleret af delmål og succeskriterier mhp. at understøtte operationalisering og implementering.
- Der bør lægges vægt på at fastlægge mål for effekt og kvalitet af indsatsen.
- Målene skal, så vidt muligt, være dataunderstøttet.
- Det skal fremgå, hvordan mål for indsatsen har sammenhæng med overordnede målsætninger for sundhedsaftalen og de nationale mål for sundhedsvæsenet.

Kapacitet

- Der er taget stilling til, hvilken kapacitet, der er påkrævet hos de enkelte aktører for den pågældende indsats.
- Der er taget stilling til, om og evt. hvornår der er behov for opfølgning på kapaciteten.
- Der er, ved behov, udarbejdet en plan for opfølgning på kapaciteten.

Ansvar for borgerens/patientens forløb, herunder det lægelige behandlingsansvar

- Der er taget stilling til, hvilke aktører har ansvar for borgerens/patientens forløb, og hvornår overdrages ansvaret i tilfælde af sektorovergang, f.eks. i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem eller til et kommunalt tilbud.

Adgang til rette kompetencer, rådgivning og sparring

- Der er taget stilling til, hvorvidt de implicerede faggrupper har de rette kompetencer til at løse opgaven.
- Der er taget stilling til, om der er behov for adgang til rådgivning og sparring fra f.eks. sygehus til kommune
- Der er taget stilling til, hvorvidt der er behov for adgang andre elementer på sygehusene, som en forudsætning for at kommunen kan varetage patientbehandlingen fx adgang til specifik medicin og/eller remedier
- Ved behov for ovenstående er der indgået aftale mellem aktører om dette.

Implementering af og opfølgning på indsatsen

- Der er udarbejdet en plan for implementering af og opfølgning på indsatsen.
- Der er taget stilling til, hvordan data kan anvendes i opfølgningen på de fastlagte mål, delmål og succeskriterier for indsatsen.

Vilkår for ændret opgavevaretagelse og arbejdsdeling, herunder økonomi

- Hvis der er tale om indsatser, hvor der sker ændringer i opgaveoverdragelse eller arbejdsdeling mellem sektorer, er der taget stilling til vilkårene for ændret opgavevaretagelse og/eller arbejdsdeling samt økonomien forbundet hermed.
- Hvis der er tale om indsatser med fælles ledelse og økonomi, er der taget stilling til vilkår for opgavevaretagelse og arbejdsdeling, herunder økonomi.

5 Parter og aktører

6 Godkendelse

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag for drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen.

Område:
Samtalestøtte

Dato:
Udfyldt af arbejdsgruppen den 13. september 2017.

Opdrag:
Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har på deres møde hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger potentialet for et ændret samarbejde mellem almen praksis og kommuner om samtalestøtte til eksempelvis stressramte og langtidssygemeldte, som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog.

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående af relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af Følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):
Arbejdsgruppe for afdækning af samtalestøttes potentiale for overdragelse består af:

Helle Hockerup, Kontorleder, Job og Fastholdelse, Aabenraa Kommune
Vibeke Lind Podgorski, Teamkoordinator for specialteamet, Aabenraa Kommune
Sune Thomas Høgh, Psykolog, Odense Kommune
Preben Vestergaard, Praktiserende læge, Odense
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Karen Brask, Psykolog, Arbejdsmiljømedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital
Jesper Rasmussen, Overlæge, Arbejdsmiljømedicinsk Klinik, Sydvestjysk Sygehus
Anita Lerche, Konsulent, Praksisafdelingen, Region Syddanmark

Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Ændret samarbejde om samtalestøtte

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter, som er uarbejdsdygtige af psykisk årsag og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog, mulighed for at modtage et kommunalt tilbud om samtalestøtte.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Når patienter er sygemeldte af psykiske årsager, medfører det ofte et stort behov for kontakt (samtalestøtte) til praktiserende læge. Det kan både være ved nylig sygemelding, men også hvis patienten over en længere periode har været sygemeldt og/eller tager del i et kommunalt ressourceforløb.

De praktiserende læger i Syddanmark ser i dag en gruppe af patienter, der sygemeldes af psykisk årsag, fordi de oplever en belastningsreaktion og har brug for en pause i varierende grad grundet pres. Patienterne er ikke syge nok til at opfylde kriterierne for henvisning til psykolog, men de er så dårlige, at de eksempelvis ikke kan passe et arbejde. De praktiserende læger har mulighed for at tilbyde patienterne et forløb med samtaleterapi i deres praksis men oplever, at patienterne har brug for et andet og mere struktureret tilbud.

Det vurderes, at patientgruppen dagligt optager en stor del af de praktiserende lægers tid.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Patienter, som er uarbejdsdygtige af psykiske årsager og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog.

Eksklusion
Patienter som opfylder kriterierne for psykologhenvisning eller lider af svær komorbid lidelse som eksempelvis personlighedsforstyrrelser, psykiske udviklingsforstyrrelser, skizofreni, adfærdsforstyrrelser mm., kan ikke henvises til det kommunale tilbud om samtalestøtte.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sygemelding af psykiske årsager skyldes ofte tiltagende belastningsreaktioner, men det er som udgangspunkt ikke noget, der behandles i psykiatrien. Samtidig er der tale om tilstande, som effektivt kan bremses og behandles ved fx samtalestøtte. Det er forskelligt, hvilket tilbud den enkelte patient har brug for, og ligeledes forskelligt hvilket tilbud den enkelte kan få tilbudt. Det afhænger eksempelvis af hvilke tilbud, arbejdsgiver stiller til rådighed, og om patienten har mulighed for selv at betale for psykologbehandling.

Kommunerne er i dag forpligtet til at tilbyde dagpengemodtagere et mestringstilbud, hvis de ønsker det. Med den gældende lovgivning er det først en mulighed 30 dage efter en sygemelding (arbejdsgiverperioden). Det vurderes, at nyligt sygemeldte patienter vil kunne drage nytte af tidligere at modtage et tilbud om samtalestøtte, samt at der er et potentiale i at forbedre samarbejdet mellem kommuner og almen praksis ved at tillade, at almen praksis kan henvise til de kommunale samtalestøtte-/mestringstilbud, når patienten sygemeldes. Herudover vurderes det, at der er en gruppe af patienter, som er i et kommunalt ressourceforløb, der ville have gavn af at blive henvist til et kommunalt tilbud om samtalestøtte/mestring mhp. støtte i forbindelse med tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

De Syddanske kommuner har i stigende grad fokus på mental sundhed. Således har 17 ud af 22 kommuner et tilbud til borgere med lettere stress, angst og depression. Mange at tilbuddene bygger på konceptet *"Lær at tackle angst og depression",* som er udviklet på Standford University. Sundhedsstyrelsen har evalueret konceptet, og hovedresultaterne viser, at kurset har en statistisk signifikant positiv effekt på deltagernes angst-, og depressionssymptomer, samt deres tiltro til at kunne håndtere og kontrollere deres symptomer i dagligdagen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at de praktiserende læger bør være mere opmærksom på og henvise til disse tilbud, men at det lovpligtige mestringstilbud er mere egnet til nærværende målgruppe.

Ift. patienter, som er så syge, at de brug for decideret psykologbehandling har Jammerbugt Kommune fået godkendt et frikommuneforsøg omhandlende psykologbehandling i kommunale jobcentre. Jammerbugt Kommune ønsker at behandle personer med tilpasningsreaktioner, stress, angst og depression i forbindelse med deres kontakt til de kommunale jobcentre. Forsøget skal blandt andet belyse værdien af at fjerne en række barrierer for en gruppe af borgere, der har svært ved at få dækket deres behandlingsbehov på anden vis. Sundhedsstyrelsen henviser i deres referenceprogram for hhv. angst og depression til, at forskning viser, at angst og depressionsramte, der modtager psykologbehandling, kommer sig hurtigere og har mindre risiko for tilbagefald end patienter, der udelukkende få medicinsk eller inden behandling. Forsøget starter op fra 2018, og Følgegruppen for opgaveoverdragelse kan med fordel holde sig orienteret om projektets fremdrift og resultater.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Det foreslås, at de Syddanske kommuner udvider deres lovpligtige mestringstilbud på beskæftigelsesområdet med det formål, at de praktiserende læger kan henvise patienter i målgruppen til et arbejdsmarkedsrettet samtalestøtteforløb. Det kan eksempelvis ske samtidig med, at patienten sygemeldes fra arbejdet, eller hvis patienten er i et ressourceforløb men vurderes at kunne have gavn af et

sammenhængende forløb med samtalestøtte og mestring.

Det anbefales, at kommunal samtalestøtte/mestringstilbud organiseres som forløb på 8 - 10 uger, hvor deltagerne mødes 2 - 4 gange om ugen af 2 - 2 ½ times varighed afhængig af patientens behov:

Forløbet bør indeholde:

- Individuel samtalestøtte med psykolog med erhvervsrettet fokus
- Gruppebaseret undervisning med fokus på at give den enkelte deltager viden om værktøjer, øvelser og handlemuligheder til at finde vejen tilbage til arbejdslivet, herunder undervisning i:
  - psykiatriske forhold (stress, angst og depression)
  - kognitiv adfærdsterapi
  - søvn
- Intervention rettet mod tilbagevenden til et aktivt liv, fx meditation, kost, motion samt søvn

Det bemærkes, at flere kommuner allerede har lignende organisering af deres mestringstilbud. Nogle kommuner har også gjort sig erfaring med at tilkøbe ydelsen hos en privat leverandør.

Det foreslås, at den praktiserende læge, efter indledende dialog med patienten, kan henvise til det kommunale samtalestøttetilbud elektronisk via. REF01. Herefter tager kommunen kontakt til patienten med henblik på at aftale tid til en afklarende samtale, hvor opstart af samtaleforløbet aftales. Når forløbet er afsluttet, udarbejder kommunen et afslutningsnotat, som, ved patientens samtykke, sendes til den praktiserende læge.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Jf. Sundhedslovens afsnit V og afsnit IX er psykologbehandling en regional opgave, hvilket betyder, at kommunerne ikke kan tilbyde psykologbehandling. Kommunerne må dog gerne tilbyde samtalestøtte ved psykolog. Eksempelvis har flere kommuner gode erfaringer med at ansætte psykologer for at kvalificere beskæftigelsesindsatsen, eksempelvis ved at tilbyde borgere kortere individuelle forløb med samtalestøtte.

SIKKERHED

Arbejdsmiljø

Grundet opgavens karakter er der intet at bemærke

Remedier og tekniske aspekter

Grundet opgavens karakter er der intet at bemærke

Hygiejne

Grundet opgavens karakter er der intet at bemærke

Patientsikkerhed

Der vurderes ikke at være patientsikkerhedsmæssige aspekter, som hindrer muligheden for et ændret samarbejde om samtalestøtte. Det er dog vigtigt, at der er fokus på, at det, såfremt patientens tilstand forværres, skal afklares, om der er brug for egentlig psykologbehandling.

Udveksling af data mellem den praktiserende læge og det kommunale personale må kun ske efter patientens samtykke. Psykologer er underlagt tavshedspligt. En kommunal sagsbehandler eller praktiserende læge kan anmode om status på samtaleforløbet. I så fald vil det ske med patientens samtykke og efter, at psykologen har gennemgået statussen med patienten. Det gælder, at en psykolog kun inddrager en sagsbehandler eller andre aktører efter patientens samtykke.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Den praktiserende læge er fortsat tovholder for patientens behandlingsforløb, mens patienten gennemfører det kommunale samtalestøtte-/mestringsforløb.

Det lægefaglige ansvar indebærer, at:

- Oplyse patienten om muligheden for deltage i det kommunale mestringstilbud
- Efter patientens samtykke udarbejde en behovsvurdering, som sendes elektronisk til den pågældende kommune elektronisk via REF01.
- Efter endt forløb gøre status på mestringstilbuddet effekt sammen med patienten

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Som nævnt må kommunerne ikke tilbyde psykologbehandling, men de må gerne ansætte psykologer til at tilbyde samtalestøtte. Det er vigtigt, at tilbuddet om samtalestøtte er af en kvalitet, som øger patientens chancer for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant og anbefales af arbejdsgruppen, at den individuelle samtalestøtte koordineres af psykologer med et erhvervsrettet fokus. De øvrige dele af forløbet, så som undervisning og intervention, kan tilbydes af andre faggrupper.

De kommunale psykologer er ligesom de privatpraktiserende psykologer forpligtet til at følge og holde sig opdateret på nationale og faglige kliniske retningslinjer, som vedrører psykologpraksis. På den baggrund vurderes det, at psykologerne vil kunne tilbyde et kvalificeret evidensbaseret tilbud om samtalestøtte.

Videredelegation

Det individuelle samtalestøtteforløb anbefales ikke delegeret til andre end en psykolog med erhvervsrettet fokus.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Et ændret samarbejde, hvor den praktiserende læge kan henvise til et kommunalt tilbud om samtalestøtte, vurderes at ville øge patientens mulighed for en hurtigere tilbagevende til arbejdslivet samt bedring i helbredstilstanden. Samtidig forventes det, at et styrket samarbejde mellem den praktiserende læge og kommunen vil resultere i, at patienterne oplever et mere sammenhængende og helhedsorienteret forløb.

Patientens økonomi

Det vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten at deltage i et kommunalt tilbud om samtalestøtte, ift. den nuværende praksis - en samtalerække ved den praktiserende læge.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Som tidligere nævnt har de praktiserende læger i dag mulighed for at tilbyde patienter samtalestøtte både som almindelig konsultation og igennem ydelsen samtalestøtte. I 2016 afholdte de praktiserende læger i Syddanmark 72.074 konsultationer takseret som samtalestøtte (ydelse 6101) fordelt på 32.832 patienter, hvilket modsvarer en udgift på 28 mio. kr. Patienter, som er uarbejdsdygtige af psykisk årsag og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog, udgør kun en lille del, at den gruppe af patienter som tilbydes samtalestøtte i almen praksis.

For at kunne vurdere et forventet antal patienter bad arbejdsgruppen to lægehuse om at registrere, hvor mange patienter de ser i løbet af en uge, som ville have været relevant at henvise til et kommunalt tilbud om samtalestøtte iht. til målgruppebeskrivelsen. Begge lægehuse har fire læger ansat, det ene med et patientgrundlag på 7000, fandt 7 patienter egnede, og det andet med et patientgrundlag på 5400, fandt 11 patienter, som ville have gavn af et kommunalt tilbud om samtalestøtte. På baggrund af ovenstående er antallet af patienter ekstrapoleret til de 22 syddanske kommuner. Tabel 1 viser et øjebliksbillede af, hvor mange patienter, der kan forventes i kontinuerlig behandling i den enkelte kommune.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	88
Assens	59
Billund	41
Esbjerg	223
Faaborg-Midtfyn	74
Fanø	5

Fredericia	63
Haderslev	81
Kerteminde	32
Kolding	137
Langeland	23
Middelfart	65
Nordfyns	47
Nyborg	41
Odense	266
Svendborg	88
Sønderborg	122
Tønder	63
Varde	65
Vejen	63
Vejle	182
Ærø	11
I alt	**1836**

Udgifter og omkostninger

Mentale helbredsproblemer er årsag til 50 % af alle langtidssygemeldinger, og vurderes årligt at koste samfundet 61 mia. kr., jf. ”*Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarkedet*”. Det er umiddelbart vanskeligt at opgøre de samlede udgifter til nærværende afgrænsede målgruppe.

Aabenraa Kommune har i dag et tilbud om mestring/samtalestøtte, som er sammenligneligt med det, som arbejdsgruppen foreslår. Det estimeres, at udgifter og omkostninger til et forløb, som beskrevet ovenfor, af 8 - 10 ugers varighed, hvor deltagerne mødes 2 - 4 gange om ugen, af 2 - 2 ½ times varighed, afhængig af patientens behov, vil være ca. kr. 16.000-18.000, (excl. moms). I kommuner med mange patienter vurderes det at være muligt at reducere enhedsprisen yderligere. I kommuner med få patienter vurderes det relevant at indgå et samarbejde om tilkøb af ydelsen i en nabokommune eller engagere en ekstern leverandør.

Arbejdsgruppen anerkender, at det er en betragtelig udgift, men vurderer, at der knytter sig en samfundsøkonomisk gevinst ved at investere i den afgrænsede målgruppe.

Arbejdsgruppen anerkender, at der knytter sig en usikkerhed til såvel de økonomiske beregninger, som det økonomiske potentiale i at hjælpe målgruppen hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. Derfor foreslås det, at et ændret samarbejde om samtalestøtte afprøves i en afgrænset projektform med 2-3 kommuner i en tidsafgrænset periode, inden der træffes beslutning om en samarbejdsaftale.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Område:

Samtalestøtte

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 13. september 2017 og behandlet af Følgegruppen for opgaveoverdragelse den 9. oktober 2017.

Beskrivelse af opgaven

Når patienter er sygemeldte af psykiske årsager, medfører det ofte et stort behov for kontakt (samtalestøtte) til praktiserende læge. Det kan både være ved nylig sygemelding, men også hvis patienten over en længere periode har været sygemeldt og/eller tager del i et kommunalt ressourceforløb.

De praktiserende læger i Syddanmark ser i dag en gruppe af patienter, der sygemeldes af psykisk årsag, fordi de oplever en belastningsreaktion og har brug for en pause i varierende grad grundet pres. Patienterne er ikke syge nok til at opfylde kriterierne for henvisning til psykolog, men de er så dårlige, at de eksempelvis ikke kan passe et arbejde. De praktiserende læger har mulighed for at tilbyde patienterne et forløb med samtaleterapi i deres praksis men oplever, at patienterne har brug for et andet og mere struktureret tilbud. Det vurderes, at patientgruppen dagligt optager en stor del af de praktiserende lægers tid, som mere hensigtsmæssigt kunne bruges på andre patientgrupper

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, sammen med en faglig arbejdsgruppe, undersøgt potentialet for et ændret samarbejde mellem de praktiserende læger i Syddanmarks og de 22 syddanske kommuner. Et samarbejde, hvor de praktiserende læger kan henvise patienter, som har brug for samtalestøtte, men ikke opfylder kriterierne for psykologhenvisning, til det lovpligtige kommunale mestringstilbud.

Det anbefales, at kommunal samtalestøtte/mestringstilbud organiseres som forløb på 8 - 10 uger, hvor deltagerne mødes 2 - 4 gange om ugen af 2 - 2 ½ times varighed afhængig af patientens behov:

Forløbet bør indeholde:

- Individuel samtalestøtte med psykolog med erhvervsrettet fokus
- Gruppebaseret undervisning med fokus på at give den enkelte deltager viden om værktøjer, øvelser og handlemuligheder til at finde vejen tilbage til arbejdslivet, herunder undervisning i:
    - psykiatriske forhold (stress, angst og depression)
    - kognitiv adfærdsterapi
    - søvn

Intervention rettet mod tilbagevenden til et aktivt liv, fx meditation, kost, motion samt søvn.

Det bemærkes, at flere kommuner allerede har lignende organisering af deres mestringstilbud. Nogle kommuner har også gjort sig erfaring med at tilkøbe ydelsen hos en privat leverandør.

Det foreslås, at den praktiserende læge, efter indledende dialog med patienten, kan henvise til det kommunale samtalestøttetilbud elektronisk via. REF01. Herefter tager kommunen kontakt til patienten med henblik på at aftale tid til en afklarende samtale, hvor opstart af samtaleforløbet aftales. Når forløbet er afsluttet, udarbejder kommunen et afslutningsnotat, som, ved patientens samtykke, sendes til den praktiserende læge.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter, som er uarbejdsdygtige af psykisk årsag og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog, mulighed for at modtage et kommunalt tilbud om samtalestøtte.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Mentale helbredsproblemer er årsag til 50 % af alle langtidssygemeldinger, og vurderes årligt at koste samfundet 61 mia. kr., jf. ”*Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarkedet*”.

De Syddanske kommuner har i stigende grad fokus på mental sundhed. Således har 17 ud af 22 kommuner et tilbud til borgere med lettere stress, angst og depression. Mange af tilbuddene bygger på konceptet *”Lær at tackle angst og depression”,* som er udviklet på Standford University. Det er dog arbejdsgruppens og følgegruppens vurdering, at det kommunale lovpligtige mestringstilbud til sygedagpengemodtagere er mere relevant for nærværende målgruppen. De praktiserende læger bør dog generelt være mere opmærksomme på og henvise til de kommunale tilbud.

Der er mange steder politisk fokus på en større og bedre integration af beskæftigelses- og sundhedsområdet, men der er ikke mange erfaringer hermed. Erfaringerne hermed er beskrevet i trin 1.

Følgegruppen vurderer dog, at der er et potentiale i at undersøge et styrket tværsektorielt samarbejde om et tilbud om samtalestøtte til patienter som sygemeldes af psykisk årsag, men ikke opfylder kriterierne for psykologhenvisning.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Et ændret samarbejde, hvor den praktiserende læge kan henvise til et kommunalt tilbud om samtalestøtte, vurderes at ville øge patientens mulighed for en hurtigere tilbagevende til arbejdslivet samt bedring i helbredstilstanden. Samtidig forventes det, at et styrket samarbejde mellem den praktiserende læge og kommunerne vil resultere i, at patienterne oplever et mere sammenhængende og helhedsorienteret forløb.

Det vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten at deltage i et kommunalt tilbud om samtalestøtte, ift. den nuværende praksis - en samtalerække ved den praktiserende læge.

Forventet antal patienter pr. år

Nedenstående estimat baserer sig på opgørelser i to lægehuse, proceduren er nærmere beskrevet i trin 1, men nedenstående er forbundet med usikkerhed og skal fortolkes med forsigtighed.

Kommune	**Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling**
Aabenraa	88
Assens	59
Billund	41
Esbjerg	223
Faaborg-Midtfyn	74
Fanø	5
Fredericia	63
Haderslev	81
Kerteminde	32
Kolding	137
Langeland	23
Middelfart	65
Nordfyns	47
Nyborg	41
Odense	266
Svendborg	88
Sønderborg	122
Tønder	63
Varde	65
Vejen	63
Vejle	182
Ærø	11
I alt	**1836**

Følgegruppen vurderer, at det er svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter for hvem det er relevant at modtage et kommunalt tilbud om samtalestøtte, men at antallet af patienter må forventes at stige, som de praktiserende læger får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis. Det er dog vigtigt, at de praktiserende læger i forbindelse med en eventuel samarbejdsaftale også er opmærksomme på de 22 kommuners øvrige tilbud til patienter med mentale helbredsproblemer. En samarbejdsaftale bør indeholde et samarbejdselement, som vi kender det på forebyggelsesområdet, hvor almen praksis sender en behovsvurdering til kommunerne, som kontakt til patienten med henblik på en afklarende samtale og videre henvisning til det rette kommunale tilbud. På denne måde kan det sikres, at rette patient modtager rette tilbud.

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Praktiserende læger har i dag mulighed for at tilbyde patienter samtalestøtte både som almindelig konsultation og igennem ydelsen samtalestøtte. I 2016 afholdte de praktiserende læger i Syddanmark 72.074 konsultationer takseret som samtalestøtte (ydelse 6101) fordelt på 32.832 patienter, hvilket modsvarer en udgift på 28 mio. kr. Patienter, som er uarbejdsdygtige af psykisk årsag og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog,

udgør kun en lille delmængde af den gruppe af patienter, som tilbydes samtalestøtte i almen praksis. Ovenstående kan derfor ikke direkte overføres til nærværende målgruppe, men synliggør, at almen praksis bruger store ressourcer på patienter med mentale helbredsproblemer.

Det er umiddelbart vanskeligt at opgøre de samlede samfundsomkostninger og -udgifter til nærværende afgrænsede målgruppe, men arbejdsgruppen og følgegruppen vurderer, at der knytter sig en samfundsøkonomisk gevinst ved at investere i den afgrænsede målgruppe igennem det foreslåede tilbud.

Aabenraa Kommune har i dag et tilbud om mestring/samtalestøtte, som er sammenligneligt med det, som arbejdsgruppen foreslår. Det estimeres, at udgifter og omkostninger til et forløb, som beskrevet ovenfor, af 8 - 10 ugers varighed, hvor deltagerne mødes 2 - 4 gange om ugen, af 2 - 2 ½ times varighed, afhængig af patientens behov, vil være ca. kr. 16.000-18.000, (excl. moms). I kommuner med mange patienter vurderes det at være muligt at reducere enhedsprisen yderligere. I kommuner med få patienter vurderes det relevant at indgå et samarbejde om tilkøb af ydelsen hos en nabokommune eller engagere en ekstern leverandør.

Plan for monitorering og evaluering

Følgegruppen vurderer, at et ændret samarbejde om samtalestøtte til patienter, som er uarbejdsdygtige af psykisk årsag og har brug for et tilbud om samtalestøtte/mestring, men som ikke opfylder kriterierne for henvisning til psykolog, er forbundet med både økonomiske og samarbejdsmæssige usikkerheder, som med fordel kan belyses i et projekt mellem to-tre kommuner og de praktiserende læger i deres optageområde. Projektet skal belyse de afledte økonomiske effekter, patientperspektivet samt potentialet i det ændrede samarbejde.

OMRÅDE	**SPØRGSMÅL**	**Ja/Nej***
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	Nej
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	Ja
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
**Hvis "Ja" til jura eller "Nej" til kompetencer eller sikkerhed uddybes problemstillingen i det følgende afsnit*		

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Følgegruppen bemærker, at der er tale om en gruppe af patienter, som vurderes at optage en stor del af de praktiserende lægers tid og for hvem de praktiserende læger påpeger, at deres tilbud ikke altid er det optimale. Der ligger således et rationale i at frigøre noget af de praktiserende lægers tid til andre patientgrupper samtidig med, at patienterne får et mere egnet tilbud.

Følgegruppen bemærker, at det er svært at lave et præcist estimat på, hvor mange patienter for hvem det vil være relevant at modtage et kommunalt tilbud om samtalestøtte, men at antallet af patienter må forventes at stige, som de praktiserende læger får indarbejdet muligheden og proceduren i daglig praksis.

Følgegruppen anerkender, at der knytter sig en usikkerhed til de økonomiske beregninger for omkostningerne forbundet med et ændret samarbejde, men også til det økonomiske potentiale i at hjælpe

målgruppen hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. Der er tale om en målgruppe, som vurderes at optage en stor del af de praktiserende lægers tid og for hvem de praktiserende læger påpeger, at deres tilbud ikke altid er det optimale. Derfor foreslås det, at et ændret samarbejde om samtalestøtte afprøves i en afgrænset projektform med 2-3 kommuner i en tidsafgrænset periode, inden der træffes beslutning om en samarbejdsaftale.

I den forbindelse bør man ligeledes skele til de løbende erfaringer fra et frikommuneforsøge i Jammerbugt Kommune, som fra 2018 vil undersøge effekten af at tilbyde patienter decideret psykologbehandling i kommunale jobcentre. Disse erfaringer bør sammenholdes med erfaringer fra Integrated Care projektet mellem Region Syddanmark og Odense Kommune.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum at drøfte potentialet for og en mulig organisering af et pilotprojekt i to-tre kommuner, som skal undersøge et ændret samarbejde mellem om samtalestøtte.

Resultaterne af projektet kan med fordel danne baggrund for en senere beslutning om en eventuel samarbejdsaftale, som dækker alle praktiserende læger i Syddanmark og de 22 kommuner.

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Trin – 3: Samarbejdsaftale om parenteral ernæring

Baggrund

Nogle patienter kan ikke ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring. Disse patienter får derfor tilbud om parenteral ernæring enten i en kortere periode eller livslangt. Parenteral ernæring er flydende føde, der igennem et centralt venekateter (CVK) løber direkte ind i en stor blodåre og derved helt uden om mave og tarme.

For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, hvis de skal modtage parenteral ernæring på sygehuset. Derfor oplæres de fleste patienter i selv at administrere behandling med parenteral ernæring, evt. med støtte fra pårørende. Et mindre antal patienter har dog brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i ambulant behandling på sygehuset. De fleste kommuner tilbyder allerede at administrere behandlingen i patientens eget hjem. Det er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt.

Samarbejdsaftalen systematiserer samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om administration af parenteral ernæring i eget hjem. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, som ikke selv eller ved hjælp fra pårørende kan varetage parenteral ernæring, bedre mulighed for at modtage behandlingen i eget hjem.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Målgruppen er patienter med tarminsufficiens eller tarmsvigt, som ikke kan ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring, og som:

- har et ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, der bedst varetages tæt på patientens hverdag
- ikke selv, eller ved pårørendes hjælp, kan administrere behandlingen, og derfor har brug for assistance fra den kommunale sygepleje.
- er stabil og vurderet lægefagligt egnet.

Hjemmet skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten, sygehusafdelingen og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX.XXXX og Sundhedskoordinationsudvalget den XX.XX.XXXX og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen

træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Nogle patienter og pårørende kan oplæres i selv at administrere parenteral ernæring, men nogle patienter har brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i indlægges på sygehuset. Den kommunale akutfunktion skal jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kunne administrere parenteral ernæring.

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar. Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med et velfungerende CVK, og at der medsendes remedier og ernæringspræparater til det antal dage, som det forventes, at patienten skal være i behandling. Typisk medsendes ernæringspræparater til 14 dage, hvorefter sygehusapoteket i faste intervaller leverer ernæringspræparater på patientens bopælsadresse.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med parenteral ernæring
- At foretage en vurdering af, om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At udskrivelse sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At ordinere og dokumentere behandling med parenteral ernæring i FMK
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig sygehusafdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling døgnet rundt alle ugens dage
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med anvendelsen af parenteral ernæring

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at administrere behandlingen med parenteral ernæring i borgerens eget hjem eller på en kommunal sundhedsklinik. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordinerede behandlingsplan og den regionale instruks samt en kommunal instruks for håndtering af behandling med parenteral ernæring.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og påbegynde parenteral ernæring på et andet sygehus end det lokale. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe, hvis der opstår komplikationer, eller hvis der er behov for at få udleveret flere remedier eller parenteral ernæring.

Efter afslutning af parenteral ernæring og ved anden sygdom (ikke relateret til parenteral ernæring) har patientens praktiserende læge behandlingsansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal modtage parenteral ernæring i eget hjem, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med parenteral ernæring. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med parenteral ernæring.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Jf. "Casekatalog – Behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark" – Regionens og kommunernes vejledning om ansvarsfordeling, leverer regionen:

- Ernærings- og eventuelt tilsætningspræparater
- Eventuelt tynde væsker
- Infusionspumpe (inkl. infusionssæt) såfremt den er lægefagligt ordineret
- Dropstativ
- Remedier til CVK-pleje

Stamafdelingen har ansvaret for, at patienten har det fornødne i hjemmet ved udskrivelse. Parenteral ernæring samt tilsætninger leveres fra sygehusapoteket eller fra leverandør/producent. Øvrige remedier kan leveres fra afdelingen, sygehusapoteket eller ekstern leverandør i henhold til sygehusets instrukser.

Kommunen leverer værnemidler.

Kompetenceudvikling

Sygehuset er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af behandling med parenteral ernæring. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere parenteral ernæring skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Pleje og heparinisering (gennemskylning) af CVK
- Observation af CVK og forebyggelse af komplikationer

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om parenteral ernæ-

ring. Derfor stiller sygehusene deres viden til rådighed i forbindelse med kompetenceudvikling af kommunalt personale, som skal varetage opgaven i patientens hjem. Kompetenceudviklingens form og struktur koordineres i regi af de lokale samordningsfora, men kan eksempelvis arrangeres som halvårlige uddannelsesdage, hvilket er praksis på Medicinsk Tarm-mave Afdeling S på Odense Universitetshospital.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data om aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til behandling med parenteral ernæring i eget hjem
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om behandling med parenteral ernæring aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Trin – 3: Samarbejdsaftale om sondeernæring

Baggrund

Det er vigtigt, at ernæringstruede patienter får dækket deres ernæringsbehov, hvis deres sygdoms- og sundhedsmæssige tilstand skal bedres. Sondeernæring anvendes til ernæringstruede patienter, som ikke kan indtage tilstrækkelig næring via alm. kost. Sondeernæringen indeholder tilstrækkelige mængder protein, kulhydrat, fedt, vitaminer, mineraler og sporstoffer, der sikrer sufficient ernæring.

For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, hvis de skal modtage behandlingen på sygehuset. Derfor tilbyder de fleste kommuner allerede at administrere behandlingen i patientens eget hjem. Det er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt.

Samarbejdsaftalen systematiserer samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om administration af sondeernæring i eget hjem. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, som ikke selv eller ved hjælp fra pårørende kan varetage sondeernæring, bedre mulighed for at modtage behandlingen i eget hjem.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Ernæringstruede patienter, som er blevet ordineret behandling med sondeernæring, og som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til at modtage sondeernæring i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX.XXXX og Sundhedskoordinationsudvalget den XX.XX.XXXX og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Mange patienter og pårørende kan oplæres i selv at administrere sondeernæringen, men nogle patienter har brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i indlægges på sygehuset. Den kommunale akutfunktion skal jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kunne administrere sondeernæring.

Opstart af sondeernæring sker efter lægeordination, når patienten er fundet ernæringstruet ved ernæringsscreening og kostregistrering. Det kan både ske under indlæggelse, ambulant eller i eget hjem.

Det er den ordinerende læge, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen. Hvis sonden anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten udskrives med en velfungerende sonde, og at der medsendes remedier, hvis ikke den kommunale sygepleje har disse til rådighed, samt ernæringspræparater til de første dage. Sygehuset udfylder og sender/udleverer en ernæringsrecept, som dækker det antal dage, som det forventes, at patienten skal være i behandling. Efterfølgende leverer den kommunale leverandør poser med ernæring i faste intervaller. Der skal i forbindelse med opstart af behandlingen udarbejdes en plan for sondeernæring i samarbejde med en klinisk diætist. Ved længerevarende behandling foretrækkes PEG-sonden, hvis det behandlingsmæssigt er muligt.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med sondeernæring
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At ordinere og dokumentere behandling med sondeernæring i FMK
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling døgnet rundt alle ugens dage.

Kommunale sygeplejersker og sosu-assistenter med de fornødne kompetencer har ansvaret for at administrere behandlingen med sondeernæring i patientens eget hjem. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordinerede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks for håndtering af behandling med sondeernæring.

Opgaven med at opstarte sondeernæring og skifte sonde må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til, om andre dele af arbejdsopgaven kan udføres af andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og starte sondeernæring på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge sonder mm., hvis det volder problemer for den kommunale akutfunktion.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttes, at en patient skal modtage sondeernæring i eget hjem, vil personalet på den be-

handlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO- aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks været et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med sondeernæring. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med sondeernæring.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Samarbejdsaftalen gælder for borgere, der har brug for hjælp fra den kommunale sygepleje til at administrere sondeernæring i eget hjem. Derfor er Vejledning nr. 115 af 8. december 2006 om tilskud til lægeordinerede ernæringspræparater (sondeernæring mv.) gældende. Vejledningen fastsætter i afsnit 4, at for patienter, der er i kontakt med hjemmesygeplejen, udleveres de nødvendige remedier vederlagsfrit af hjemmesygeplejen.

Patienter, som ikke modtager hjælp til administration af sondeernæring i eget hjem, og dermed ikke en del af evt. samarbejdsaftales målgruppe, får dækket deres udgifter til remedier og sonderenæring af sygehuset iht. afgrænsningscirkulæret.

Kompetenceudvikling

Sygehuset er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af behandling med sondeernæring. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere sondeernæring skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Pleje af patient med en sonde
- Administration og observation af sondeernæring
- Forebyggelse af komplikationer

Såfremt der indgår andet personale i opgaveløsningen, skal de ligeledes besidde ovenstående kompetencer.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om sondeernæring – denne oplæring foregår ved intern oplæring i kommunerne.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data om aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til behandling med sondeernæring i eget hjem
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora. Hvis der ikke kan opnås enighed kan sagen bringes videre til Arbejdsgruppen vedr. Behandlingsredskaber og Hjælpemidler.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om behandling med sondeernæring aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag for drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen.

Område:
Akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser

Dato:
Udfyldt af arbejdsgruppen den 25. september og 13. oktober 2017

Opdrag:
Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommune om akutte bed-side blodprøver og mikrobiologiske undersøgelser i eget hjem. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):
Arbejdsgruppe for akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner.

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejerske, Fredericia Kommune
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Steen Antonsen, Ledende overlæge, Svendborg Sygehus OUH
Lejf Hansen, Vicekontorchef, Sygehus Lillebælt
Camilla Hansen, Planlægningskonsulent, Sygehus Lillebælt
Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner og almen praksis og sygehusene om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Indledende bemærkninger

I Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen" anvendes betegnelsen "kapillær blodprøvetagning" som synonym for udførelse af akutte bed-side analyser, mens "venøs blodprøvetagning" ikke nævnes som en mulighed ifm. akutte bed-side blodprøver. Arbejdsgruppen mener, at dette er uheldigt da analyser af akutte bed-side blodprøver også udføres på venøst blod, hvilket specielt er en fordel ifm kvalitetssikring i form af parallelanalysering (se senere).

I dette dokument er der konsekvent benyttet følgende termer: **bed-side analyser** (for analyseudførelse ved patienten uanset om analyserne udføres på kapillærblod eller venøst blod) respektive **prøvetagning til laboratorie-analyser** (for udtagelse af prøver af venøst blod til analysering på sygehuslaboratorium).

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Størstedelen af 22 kommuners sygepleje har allerede i dag erfaring med at tage bed-side analyser fx blodsukkermåling. Nogle steder har kommunerne også indkøbt udstyr og gjort sig erfaringer med andre bed-side analyser som måling af infektionstal, INR og blodprocent. Men som udgangspunkt har

man som patient primært skulle henvende sig til sin praktiserende læge eller vagtlæge for at få udført akutte bed-side analyser.

I de kommuner, som allerede i dag udfører bed-side analyser, foregår samarbejdet enten ved, at den kommunale sygepleje tager kontakt til den praktiserende læge, som ordinerer analysen(-erne) og anmoder den kommunale sygepleje om at udføre den/dem på delegation. Herefter meddeles resultatet til den praktiserende læge per telefon og/eller via korrespondancemeddelelse. Alternativt kan det være, at patienten har været til undersøgelse/kontrol ved den praktiserende læge, som efterfølgende anmoder den kommunale sygepleje om hjælp til opfølgning.

I Aabenraa kommune har man lavet en rammedelegation i samarbejde med den kommunale praksis konsulent, som alle de praktiserende læger bakker op om. Rammedelegationen tillader, at den kommunale akutfunktion på eget initiativ, hvis patienten opfylder en række kriterier ift. syptomer og sygdomsbillede, kan tage bed-side analyser og efterfølgende informere den praktiserende læge om resultatet heraf.

Mange kommuner har også erfaring med prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser som urindyrkning og podning. Typisk foregår samarbejdet ved, at den kommunale sygepleje assisterer patienten med prøvetagningen, hvorefter den transporteres til den praktiserende læge, som enten selv dyrker den eller sender den til undersøgelse på en mikrobiologisk afdeling.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Målgruppen defineres med afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Det vil sige *"patienter med somatiske sygdomme, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, som bedst varetages tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Det kan være ældre medicinske patienter, patienter med organisk delir, patienter med kronisk sygdom, patienter med demens, patienter med psykiatrisk komorbiditet, patienter i en terminal fase eller patienter med akut nedsat funktionsevne, fx ifm sygdom, og et manglende eller svagt netværk."*

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Størstedelen af de 22 syddanske kommuner har erfaring med udførelse af akutte bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

I en rundspørge fra foråret 2017 angav 11 kommuner, at de allerede tager de akutte bed-side analyser (infektionstal (CRP), blodsukker og blodprocent (Hæmoglobin)), som Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder foreskriver. 18 ud af 22 kommuner angiver, at de udfører prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser, som podning og urindyrkning.

Arbejdsgruppen bemærker, at flere kommuner oplever en stigning i antallet af bed-side analyser i takt med, at de praktiserende læger bliver opmærksomme på muligheden. Det kan medføre øgede udgifter men vurderes samlet at være positivt, eftersom samarbejdet med de praktiserende læger forberedes, og muligheden for at udgå unødvendige indlæggelser og reducere antibiotikaforbruget måske højnes. Samtidig kan det spare de praktiserende læger for at køre sygebesøg, tid som de kan bruge på at behandle andre patienter i deres praksis. Det vurderes relevant at evaluere en kommende samarbejdsaftale med henblik på at vurdere det ændrede samarbejdets effekt på ovennævnte parametre.

I den sammenhæng bemærker arbejdsgruppen, at der i regi af Satspuljen – en del af handlingsplanen for den ældre medicinske patient – er i gangsat en række projekter, som bl.a. undersøger muligheden for bed-side analyser, blodprøvetagning og andre analysetyper i kommunale akutfunktioner. Blandt andet GERI-kuffert projektet i Svendborg, Kerteminde, Nordfyns og Faaborg-Midtfyn kommune. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være relevant at følge resultaterne af GERI-kuffert projektet og flere af de øvrige Satspuljeprojekter med henblik på en senere tilpasning af samarbejdsaftalen.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder definerer, at de kommunale akutfunktioner skal kunne tage prøver til og udføre følgende bed-side analyser:

- Blodsukker
- Blodprocent (Hæmoglobin)
- Infektionstal (CRP)

Arbejdsgruppen anbefaler, at de kommunale akutfunktioner også skal kunne måle INR, der benyttes til at følge effekten af behandling med Vitamin K-antagonist (Marevan) ("Blodfortyndende behandling"). Det er ikke tanken, at akutfunktionerne skal bidrage til endsige overtage den løbende monitorering af patienter i blodfortyndende behandling, men det kan være relevant at måle værdien, hvis en patient, som er i blodfortyndende behandling, får brug for hjælp fra den kommunale akutfunktion. Arbejdsgruppen anbefaler ligeledes, at akutfunktionerne på sigt skal kunne tage og analysere væsketal (natrium, kalium og kreatinin). Dette vil tillade opsporing og opfølgning eksempelvis ift. dehydrering af ældre patienter.

Arbejdsgruppen anbefaler, at bed-side analyserne laves på venøst blod fremfor kapillærblod. Det er lidt mere tidskrævende, men man vil opnå en bedre analysekvalitet og det vil være nemmere at kvalitetssikre apparaturet. I den sammenhæng bemærkes, at det er teknisk set svære at tage en god kapillær blodprøve end det er, at tage god veneblodprøve. I nogle kommuner anvender man allerede venøst blod ifm. bed-side analyse, men kompetenceudviklingen af de kommunale akutfunktioner vil kunne foregå i regi af den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning (LKO), beskrevet nedenfor.

Endvidere skal de kommunale akutfunktioner kunne varetage prøvetagning til urindyrkning og podning.

Som nævnt har flere kommuner allerede udviklet et samarbejde med de praktiserende læger om bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelse.

Den fremadrettede praksis forslås at ligne den, der eksisterer i dag. Det vil sige, at prøvetagningen sker på baggrund af forudgående dialog mellem den praktiserende læge, vagtlæge eller sygehuslæge, hvorefter den kommunale akutfunktion på delegation udfører og analyserer kapillærblodprøver og meddeler den ordinerende læge resultatet. Det vil ofte være relevant at kommunikere resultatet mundtligt, men det skal også sendes via en korrespondancemeddelelse. Ift. mikrobiologiske undersøgelser anbefales det, at den kommunale akutfunktion tager prøven og afleverer den hos den praktiserende læge til dyrkning/analyse eller direkte på sygehuset afhængigt af lokale aftaler.

Den kommunale akutfunktion og ordinerende læge registrerer svaret i eget journalsystem.

Jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder skal der i forbindelse med udarbejdelse af en lokal samarbejdsaftale træffes beslutning om kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr og analyser i kommunale akutfunktioner. Arbejdsgruppen anbefaler, at man ift. akutte bed-side analyser tilknytter de kommunale akutfunktioner til den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordningen, som eksisterer for de praktiserende læger. Ordningen indeholder faste procedurer for kvalitetssikring af apparatur og analyse-udførende personale, men også kompetenceudvikling og oplæring.
Det skønnes, at oplæring og kvalitetssikring af et hold kommunale akut sygeplejersker på ca. 10-15 personer vil svare til kvalitetssikring af 3-5 praksis, og ved forholdstalsregning kan det skønnes, at dette vil svare til en årlig omkostning på ca. 40.000 kr.

I den sammenhæng skal det bemærkes, at nogle kommuner vil kunne varetage flere typer af bed-side analyser og prøvetagninger til mikrobiologiske undersøgelser end de overfor nævnte. I de tilfælde vil det være muligt, lokalt at tilpasse LKO ordningen til at omfatte dette udstyr mod en merbetaling.

Da en del bed-side analyser med fordel kan udføres på venøst blod og da kvalitetssikringen af dem typisk udføres som parallel-analyser, forslår arbejdsgruppen, at personalet i de kommunale akutfunktioner oplæres i og behersker venøs blodprøvetagning. Det har derfor været drøftet hvorvidt akut-funktionerne med fordel kan inddrages i prøvetagning af laboratorie-analyser, der også kan varetages af bioanalytikere, der kører ud fra sygehusenes klinisk biokemiske afdelinger. Dette kræver adgang til de elektroniske rekvisitioner fra praktiserende læger eller sygehusafdelinger på det elektroniske Webhotel, printerfaciliteter, godkendte transportkasser til termostateret opbevaring af prøverne og adgang til transport til sygehusene, hvorfor der er nogle logistiske forhold, der skal bringes på plads, inden denne funktion kan varetages. Arbejdsgruppen anbefaler dog, at man i forbindelse med evalueringen af Samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem, september 2018, undersøger potentialet i at udvide samarbejdet, så den kommunale sygepleje uddannes til også at kunne tage prøver til laboratorieanalyser. Et sådant samarbejde vil kunne kobles til den praksis og logistik, som eksisterer for almen praksis. Her stiller Region Syddanmark et logistiksystem til rådighed, hvor blodprøverne afhentes på hos de praktiserende læger. Dog vil det kræve at akut sygeplejerskerne har adgang til webhotellet, kan printe prøvetagningsblanketterne og har termostaterede transportkasser til rådighed. Funktionen er desuden mest oplagt ift. de patienter, som den kommunale akut-funktion alligevel tager sig af.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Der er ikke lovmæssigt forbud mod delegation af udførelse af bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser. Sundhedsstyrelsen har defineret, at opgaverne skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner.

Reglerne om delegation og videredelegation af sundhedsfaglig virksomhed udspringer af autorisationsloven. Bekendtgørelse (BEK) nr. 1219 af 11. december 2009 fastsætter de nærmere rammer for autoriserede sundhedspersoner benyttelse af medhjælp.

Arbejdsgruppen ønsker dog at bemærke, at det uklart om der er hjemmel i lovgivningen til, at kommunerne med den kommunale praksiskonsulent kan lave en rammedelegation, som tillader, at de på

eget initiativ kan udføre bed-side analyser uden forudgående dialog med den praktiserende læge. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette undersøges nærmere ved henvendelse til Sundhedsministeriet. Arbejdsgruppen er bekendt med, at Sundhedsministeriet m.fl. er ved at revidere "Bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp" og at der i dette arbejde er fokus på at sikre bedre vilkår for brugen af rammedelegation til den kommunale sygepleje.

SIKKERHED

Arbejdsmiljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere nåle og medicinsk affald som følge af fx kapillær blodprøvetagning og mikrobiologiske undersøgelser. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald ifm. de to opgaver. Medicinsk affald som nåle og prøvemateriale kassers i en gul beholder, som afskaffes på samme måde som kommunens øvrige medicinske affald.

Apparaturet til analyse af bed-side analyser kan være tungt. Der bør derfor ifm. et evt. fælles indkøb, se nedenstående afsnit, være fokus på vægten af udstyret.

Remedier og tekniske aspekter

Jf. kvalitetstandarderne skal kommunerne købe udstyr og de nødvendige remedier for kapillær blodprøvetagning og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at de 22 syddanske kommuner overvejer muligheden for et fælles indkøb af udstyr til kapillær blodprøvetagning i de kommunale akutfunktioner. Et fælles indkøb vil potentielt både kunne spare kommunerne for penge, men også sikre en ensartethed i det udstyr, som bruges på tværs af de 22 kommuner. Det vil gøre det nemmere at undervise i betjeningen af samt kvalitetssikre apparaturets brug.

Hvis de Syddanske kommuner ønsker at lave et fælles indkøb, vil regionens LKO kunne bidrage råd og vejledning ift. anbefalinger og kravsspecifikationer til udstyret.

Hygiejne

I henhold til den gældende vejledning om hjemmesygepleje er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til kapillær blodprøvetagning eller prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske.

Patientsikkerhed

Med det rette samarbejdsaftalegrundlag og organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, at kommunale akutfunktioner kan varetage kapillær blodprøvetagning og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Det er vigtigt, at prøverne tages af uddannet personale og apparaturet er kvalitetssikret samt at rekvirenten reagerer på prøverne, hvad end svaret kræver handling eller ej.

Arbejdsgruppen bemærker, at det er vigtigt at sikre faste og velfungerende procedure om kommunikationen af bed-side analysers analyseresultat. Af patientsikkerhedsmæssige hensyn skal svaret altid sendes skriftligt via korrespondancemeddelelsen og kan med fordel også kommunikeres elektronisk. Både den kommunale akutfunktion og den ordinerende læge skal føre prøvesvaret ind i deres elektroniske omsorgssystem/patientjournal.
Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være vigtigt at udvikle bedre måder til afrapporteringen af analysesvar. Dette ville være optimalt, at prøvesvarerne kunne uploades til laboratorieportalen på www.sundhed.dk

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende læge (sygehus, praktiserende læge eller vagtlæge), der har det lægefaglige behandlingsansvar, som omfatter:

- Ordination af bed-side analyser
- Tolkning af analyse-resultatet(-erne)
- Registrering af resultater i EPJ
- Aftale om opfølgning på resultatet
- Ved udskrivelse til færdigbehandling i eget hjem aftales plan for prøvetagning

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Forberedelse og kapillær blodprøvetagning (fingerprik test) lægger inden for kompetenceprofilen af den sygeplejefaglige grunduddannelse. Det er dog vigtigt, at akutsygeplejerskerne er oplært i korrekt betjeningen af apparaturet og får kendskab til tolkning af analysernes resultater, om end dette ansvar påhviler den ordinerende læge. Denne oplæring bør ske i regi af den LKO. Som tidligere beskrevet eksisterer denne ordning for de praktiserende læger og arbejdsgruppen anbefaler, at den udvides til at dække de kommunale akutfunktioner. Det vil være naturligt, at kompetenceudviklingen placeres her og udbydes i form af såvel årlige kurser evt. i regi af de lokale samordningsfora som løbende oplæring af nyansat personale i akut-funktionerne. Samarbejdet vil som for praksis også skulle indeholde et årligt møde mellem hver akutfunktion og LKO. Mødet kan enten foregå på sygehuset eller hos akutfunktionen.

Videredelegation

Opgaven kan ikke videredelegeres fra sygeplejersken i den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset eller hos den praktiserende læge.

Bed-side analyser og mikrobiologiske undersøgelser ved den kommunale akutfunktion rummer potentiale for såvel forebyggelse af indlæggelse, mindske brugen af antibiotika, spare transport, styrket tværsektorielt samarbejde mm.

Ved at patienten forbliver i eget hjem vil denne have mulighed for at drage nytte af det sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil undgå konfusion, og samtidig vil dennes funktions- og aktivitetsniveauet ikke blive reduceret på samme måde som ved en indlæggelse.

Patientens økonomi

Når den kommunale akutfunktion tager bed-side analyser eller prøver til mikrobiologiske undersøgelser i patientens eget hjem, vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da kommunen stiller med det nødvendige udstyr og remedier.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Det har ikke været muligt, at estimere hvor mange bed-side analyser eller prøvetagninger til mikrobiologiske undersøgelser, hver kommune kan forvente at skulle foretage. Det bemærkes dog, at flere kommunerne, som allerede har etableret et akutteam med muligheden for bed-side analyser oplever, at antallet udførte analyser stiger som samarbejdet bliver bedre og bedre implementeret.

Udgifter og omkostninger

Kommunerne skal jf. kvalitetsstandarderne indkøbe og drifte udstyr, som kan måle blodsukker, blodprocent og infektionstal. Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at kommunerne indkøber udstyr, som kan måle INR samt påsigt udstyr til væsketal. Af nedenstående fremgår et priseksempel for såvel indkøb af udstyr, som omkostninger ifm. kapillær blodprøvetagning og analyse. Udstyret er udvalgt på baggrund af SKUP testresultater fra SKandinavisk Utprøvning af laboratorieudstyr til Primærsektor (SKUP). Det skal bemærkes, at priserne er vejledende. Den endelige pris vil afhænge af valg af leverandør, samt den enkelte kommunes indkøbsaftale. Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne undersøger mulighederne for fællesindkøb.

Udgifter til indkøb af udstyr (pr. stk.)

Boldprøve/analyse	Producent	Apparatur	Pris pr. styk
Blodsukker	Bayern	Contour XT	75 kr.
Infektionstal og blodprocent	Orion	Quickread go	9.650 kr.
INR	Siemens	Xprecia Stride Coagulation Analyzer	7.969 kr.
Væsketal[*]	*Abott*	*I-stat*	*50.000 kr.*

Foreslås på sigt, at skulle være en mulighed i de kommunale akutfunktioner

Omkostninger per kapillær blodprøve/analyse og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser

Blodprøve/analyse	**Pris (kr.)**
Bed side analyse	
Blodsukkermåling	5 kr.
Infektionstal og blodprocent	32 kr.
Væsketal (Kalium, Natrium & Kreatinin)	70-120 kr.
INR	45 kr.
Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse	
Urinprøve	12 kr.
Podning (Eswab)	14 kr.

Som beskrevet tidligere anbefaler arbejdsgruppen, at kommunerne tilknyttes LKO mhp. kvalitetssikring af såvel udstyr som kompetenceudvikling. Tilslutning til LKO med undervisning af personale i et akutteam og løbende kvalitetssikring i form af parallel-analysering af udstyr i det påbudte omfang samt til INR anslås til ca. 40.000 kr. per år.

Foruden ovenstående skal kommunerne afholde udgifter og omkostninger til opstart og drift af akutfunktioner.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Område:

Akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 25. september og 13. oktober 2017 og behandlet af Følgegruppen for Opgaveoverdragelse den 25. oktober 2017.

Beskrivelse af opgaven

Størstedelen af de 22 syddanske kommuner har erfaring med bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser. Men som udgangspunkt har man som patient primært skulle henvende sig til sin praktiserende læge eller vagtlæge for at få taget akutte bed-side analyser.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen definerer, at kommunerne fra januar 2018 skal kunne foretage bed-side analyser til måling af blodsukker (glukose), blodprocent (hæmoglobin) og infektionstal (CRP) samt foretage prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser af urin og podning. En tværsektoriel arbejdsgruppe samt Følgegruppen for opgaveoverdragelse anbefaler endvidere, at kommunerne ved bed-side analyser kan måle INR og på sigt væsketal, som beskrevet i trin 1.

Følgegruppen anbefaler, at bed-side analyserne laves på venøst blod fremfor kapillærblod. Det er lidt mere tidskrævende, men man vil opnå en bedre analysekvalitet og det vil være nemmere at kvalitetssikre apparaturet. Kompetenceudviklingen af de kommunale akutfunktioner vil kunne foregå i regi af den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning (LKO), beskrevet nedenfor.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner og almen praksis og sygehusene om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen vurderer, at der i løbet af de seneste år er oparbejdet et solidt videns- og erfaringsgrundlag for akutte bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i kommunale akutfunktioner. I en rundspørge fra foråret 2017 angav 11 kommuner, at de allerede tager de akutte bed-side blodprøver (infektionstal, blodsukker og blodprocent), som Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder foreskriver. 18 ud af 22 kommuner angiver, at de udfører

prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser, som podning og urindyrkning.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. Bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser er angivet som opgaver, man lokalt skal indgå aftale om.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

De fleste patienter foretrækker oftest at forblive i eget hjem, såfremt behandlingen kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset eller hos den praktiserende læge.

Følgegruppen vurderer, at med den rette kompetenceudvikling, kvalitetssikring og et struktureret samarbejde mellem primært praktiserende læger og kommunale akutfunktioner kan akutte bed-side blodprøver og mikrobiologiske undersøgelser ved den kommunale akutfunktion rumme et potentiale for såvel forebyggelse af indlæggelse, mindre brug af antibiotika, sparet transport, mm.

For patienterne vil det endvidere betyde, at de kan forblive i eget hjem og dermed vil have mulighed for at drage nytte af deres sociale nærmiljø. Den ældre og/eller svage patient vil undgå konfusion.

Bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten.

Forventet antal patienter pr. år

Følgegruppen vurderer ikke, at det er muligt, at estimere hvor mange bed-side analyser eller prøvetagninger til mikrobiologiske undersøgelser, hver kommune kan forvente at skulle foretage. Det bemærkes dog, at flere kommunerne, som allerede har etableret et akutteam med muligheden for akutte bed-side analyser oplever, at antallet udførte analyser stiger som samarbejdet bliver bedre og bedre implementeret.

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Udgifter og omkostninger forbundet med indkøb af udstyr, prøvetagning samt kvalitetssikring er beskrevet i trin 1. Med udgangspunkt udstyr testet af Skandinavisk Utprøvning af laboratorieudstyr til Primæsektor (SKUP) vurderes det, at ét sæt udstyr vil koste kommunerne i omegnen af 2000 kr. for udstyr, som kan måle blodsukker, infektionstal, blodprocent og INR. Udstyr til måling af væsketal på venøst blod koster ca. 50.000 kr. Omkostninger *per akut bed-side analyse og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser* varierer fra 5 kr. (blodsukker) til 70-120 kr. (væsketal).

Følgegruppen vurderer, at der er økonomiske usikkerheder forbundet med de løbende omkostninger til prøvetagning, men at samarbejdet rummer mulighed for at kommunerne kan forebygge indlæggelser og spare på den kommunale medfinansiering. Samtidig rummer samarbejdet et stort samfundsøkonomisk potentiale iht. til mindstemiddelsprincippet (LEON).

Jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder skal der i forbindelse med udarbejdelse af en lokal

samarbejdsaftale træffes beslutning om kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr og analyser i kommunale akutfunktioner. Følgegruppen anbefaler, at man ift. akutte bed-side blodprøver tilknytter de kommunale akutfunktioner til den Laboratoriemedicinske Kvalitetssikringsordningen, som eksisterer for de praktiserende læger. Ordningen indeholder faste procedurer for kvalitetssikring af apparatur, men også kompetenceudvikling og oplæring af kommunalt personale.

Det skønnes, at oplæring og kvalitetssikring af et hold kommunale akut sygeplejersker på ca. 10-15 personer vil svare til kvalitetssikring af 3-5 praksis, og ved forholdstalsregning kan det skønnes, at dette vil svare til en årlig omkostning på ca. 40.000 kr., hvilket vil inkluderer løbende kompetenceudvikling samt kvalitetssikring af analyseudstyr. Samarbejdet rummer ligeledes et årligt besøg af LKO teamet hos den kommunale akutfunktion.

Plan for monitorering og evaluering

Implementeringen af kommunale akutfunktioner forventes at kunne forbedre det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing samt opfølgning på behandling. Bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser rummer potentiale for både at forebygge indlæggelser, reducere brugen af antibiotika og mindske behovet for sygebesøg ved den praktiserende læge.

Følgegruppen vurderer, at det efter to år vil være relevant at evaluere en eventuel samarbejdsaftale med henblik på at vurdere det ændrede samarbejdets effekt på ovennævnte parametre samt ift. det tværsektorielle samarbejde. Det betyder at ovenstående suppleres med en undersøgelse af:

- Hvordan samarbejdet om kvalitetssikring og kompetenceudvikling i LKO regi fungerer
- Registrerede utilsigtede hændelser og andre uhensigtsmæssige forhold
- Beregning af økonomiske konsekvenser for kommuner, sygehuse samt i et samfundsmæssigt perspektiv
- Undersøgelse af patienter og pårørendes oplevelser med aftalen.
- Mv.

I den sammenhæng er det relevant at følge resultaterne af GERI-kuffert projektet, som kører i Svendborg, Kerteminde, Nordfyns og Faaborg-Midtfyn kommune.

OMRÅDE	**SPØRGSMÅL**	**Ja/Nej***
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	Nej
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	Ja
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
**Hvis "Ja" til jura eller "Nej" til kompetencer eller sikkerhed uddybes problemstillingen i det følgende afsnit*		

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

Følgegruppen anbefaler, at bed-side analyserne laves på venøst blod fremfor kapillærblod. Det er lidt mere tidskrævende, men man vil opnå en bedre analysekvalitet og det vil være nemmere at kvalitetssikre apparaturet. Kompetenceudviklingen af de kommunale akutfunktioner vil kunne foregå i regi af den Laboratoriemedicinske Kvalitetsordning (LKO), beskrevet nedenfor.

Jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder skal der i forbindelse med udarbejdelse af en lokal

samarbejdsaftale træffes beslutning om kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr og analyser i kommunale akutfunktioner. Følgegruppen anbefaler, at man ift. akutte bed-side analyser tilknytter de kommunale akutfunktioner til LKO, som eksisterer for de praktiserende læger. Ordningen indeholder faste procedurer for kvalitetssikring af apparatur, men også kompetenceudvikling og oplæring.
I den sammenhæng skal det bemærkes, at nogle kommuner vil kunne varetage flere typer af bed-side analyser og prøvetagninger til mikrobiologiske undersøgelser end de overfor nævnte. I de tilfælde vil det være muligt, lokalt at tilpasse LKO ordningen til at omfatte dette udstyr mod en merbetaling.

Følgegruppen anbefaler, at kommunerne undersøger mulighederne for fællesindkøb af udstyr. Dels for at sikre den bedste pris, men ligeledes for at ensarte det udstyr, som anvendes på tværs af kommunerne. Det vil effektivisere kompetenceudviklingen og kvalitetssikringen i regi af LKO.

Følgegruppen og den tværsektorielle arbejdsgruppe har drøftet, at der på sigt kan være et potentiale i at de kommunale akutfunktioner inddrages i prøvetagning af laboratorieanalyser, der også kan varetages af bioanalytikere, der kører ud fra sygehusenes klinisk biokemiske afdelinger, som vi kender det fra Samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem. Dette kræver dog, at akutfunktionen har adgang til de elektroniske rekvisitioner fra praktiserende læger eller sygehusafdelinger på det elektroniske Webhotel, printerfaciliteter, godkendte transportkasser til termostateret opbevaring af prøverne og adgang til transport til sygehusene, hvorfor der er nogle logistiske forhold, der skal bringes på plads, inden denne funktion kan varetages. Følgegruppen anbefaler dog, at man i forbindelse med evalueringen af Samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem, september 2018, undersøger potentialet i at udvide samarbejdet, så den kommunale sygepleje uddannes til også at kunne tage prøver til laboratorie-analyser. Et sådant samarbejde vil kunne kobles til den praksis og logistik, som eksisterer for almen praksis. Her stiller Region Syddanmark et logistiksystem til rådighed, hvor blodprøverne afhentes på hos de praktiserende læger. Dog vil det kræve at akutsygeplejerskerne har adgang til webhotellet, kan printe prøvetagningsblanketterne og har termostaterede transportkasser til rådighed. Funktionen er desuden mest oplagt ift. de patienter, som den kommunale akut-funktion alligevel tager sig af.

Det bemærkes, at det findes uklart om der er hjemmel i lovgivningen til, at kommunerne med den kommunale praksiskonsulent kan lave en rammedelegation, som tillader, at de på eget initiativ kan indlede bed-side analyser uden forudgående dialog med den praktiserende læge. Følgegruppen har rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen, som deltager i det pågående arbejde med at revidere "Bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp" for at få klarhed herom. Det er kendt, at der arbejdes for at sikre bedre vilkår for brugen af rammedelegation til den kommunale sygepleje.

Det er vigtigt at sikre faste og velfungerende procedure for kommunikation af bed-side analysers resultater. Af patientsikkerhedsmæssige hensyn skal svaret altid sendes skriftligt via korrespondancemeddelelsen og kan med fordel også kommunikeres elektronisk. Både den kommunale akutfunktion og den ordinerende læge skal føre prøvesvaret ind i deres elektroniske omsorgssystem/patientjournal. Det vurderes, vigtigt at udvikle bedre måder til afrapporteringen af analysesvar. Dette ville være optimalt, at prøvesvarerne kunne uploades til laboratorieportalen på www.sundhed.dk

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum, at gå videre med at udarbejde en samarbejdsaftale om kapillær blodprøvetagning og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser i

kommunale akutfunktioner.

Notat vedr. evaluering af ’Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner

Baggrund

I ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus” (BEK nr. 1088 af 06/10/2014), fremgår af §3:

”Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen efter udskrivning fra sygehus, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor”.

Region Syddanmark har med de 22 kommuner indgået *’Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner’ med ikrafttrædelse den 1. januar 2015.*

I aftalen fremgår det, at:

- Alle genoptræningsforløb igangsættes inden for 14 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet tidligere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Begrundelsen skal indeholde oplysninger om den enkelte patients funktionsevne og være individuel relevant for den pågældende patient.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.

Metode

Med det sigte at belyse efterlevelsen af ventetidsaftalen har Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering nedsat en faglig arbejdsgruppe, der har udfærdiget nedenstående ramme for evaluering af aftalen. Rammen er drøftet i Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering den 24. februar 2017 og efterfølgende godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 30. marts 2017:

- Hver *psykiatriske sygehusmatrikel* sender opgørelse over 20 specialiserende genoptræningsplaner fordelt på uge 17, uge 33 samt uge 46 i 2016 samt uge 6 i 2017. De fem første genoptræningsplaner modtaget i disse uger indgår i undersøgelsen. Det bemærkes, at som følge af det mere begrænsede patientflow og deraf følgende lavere antal patienter med behov for genoptræning, vil det næppe være alle psykiatriske sygehusmatrikler, som kan indgå med fem genoptræningsplaner fra de relevante uger. I det tilfælde sendes oversigt over de modtagne genoptræningsplaner.
- Hver *somatisk sygehusmatrikel* sender opgørelse over 20 specialiserende genoptræningsplaner fordelt på uge 17, uge 33 samt uge 46 i 2016 samt uge 6 i 2017. De fem første genoptræningsplaner modtaget i disse uger indgår i undersøgelsen.
- Hver kommune sender opgørelse over 20 almene genoptræningsplaner fordelt på uge 17, uge 33 samt uge 46 i 2016 samt uge 6 i 2017. De fem første genoptræningsplaner modtaget i disse uger indgår i undersøgelsen.

Sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering har udsendt spørgeskema til de

psykiatriske og somatiske sygehusmatrikler samt kommuner i Region Syddanmark og har efterfølgende sammenskrevet kommuners og sygehusenheders besvarelser med henblik på drøftelse i Følgegruppen den 6. oktober 2017.

På baggrund af de indkomne besvarelser, drøftede Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering ligeledes, om der er behov for en løbende monitorering af området. Evalueringen af ventetidsaftalen forelægges Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017.

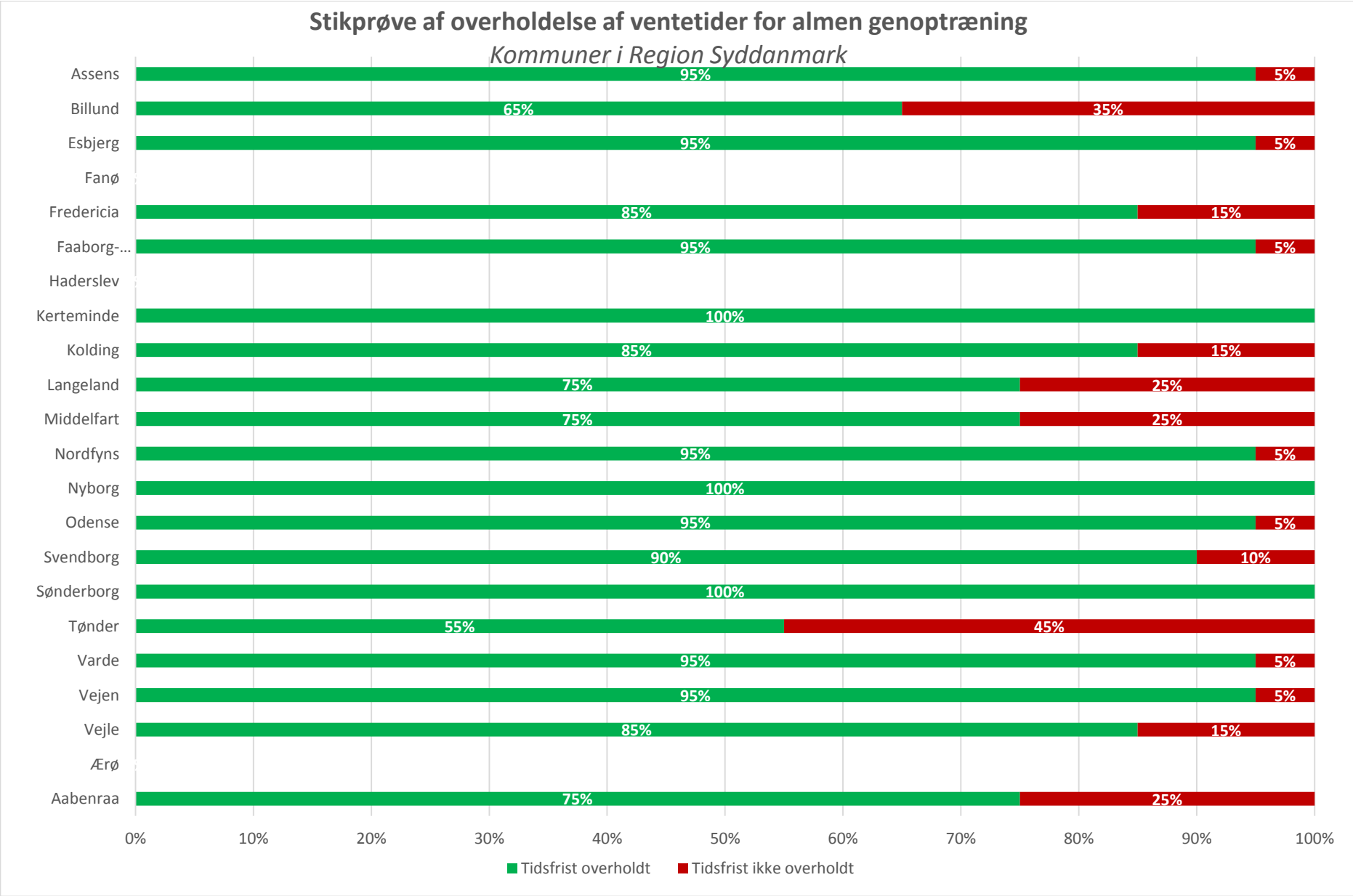
Resultater

Nedenstående tabel 1 samt figur 1 viser en stikprøve af opgørelse over almene genoptræningsplaner for 19 (svarprocent 86 %) kommuner i Region Syddanmark. Der er angivet en sundhedsfaglig begrundelse for alle fremrykkelser og udskydelser af genoptræningens opstart.

	Antal almene GOP	Fremrykkelse af opstart	Udskyldelse af opstart	Tidsfrist overholdt	Tidsfrist *ikke* overholdt
Assens	20	1	3	19	1
Billund	20	2	6	13	7
Esbjerg	20	2	2	19	1
Fanø	-	-	-	-	-
Fredericia	20	2	1	17	3
Faaborg-Midtfyn	20	0	1	19	1
Haderslev	-	-	-	-	-
Kerteminde	20	0	0	20	0
Kolding	20	1	1	17	3
Langeland	20	2	2	15	5
Middelfart	20	0	1	15	5
Nordfyns	20	0	2	19	1
Nyborg	20	2	0	20	0
Odense	20	0	4	19	1
Svendborg	20	0	0	18	2
Sønderborg	20	0	1	20	0
Tønder	20	0	2	11	9
Varde	20	0	0	19	1
Vejen	20	0	3	19	1
Vejle	20	0	6	17	3
Ærø	-	-	-	-	-
Aabenraa	16 *	1	3	12	4
Samlet	376	13	38	328	48
Relativt (%)		3,5 %	10 %	87 %	13 %

Tabel 1. Overholdelse af tidsfrister og evt. fremrykkelse/udskydelse af opstart for almene genoptræningsplaner fra kommuner i Region Syddanmark.

* Aabenraa Kommune har tilsyneladende ikke haft mere end de anførte uger



Figur 1. Overholdelse af tidsfrister for opstart for almene genoptræningsplaner fra kommuner i Region Syddanmark.

Nedenstående tabel 2 samt figur 2 viser opgørelse over specialiserede genoptræningsplaner for 7 somatiske sygehusmatrikler (svarprocent 100 %) i Region Syddanmark.

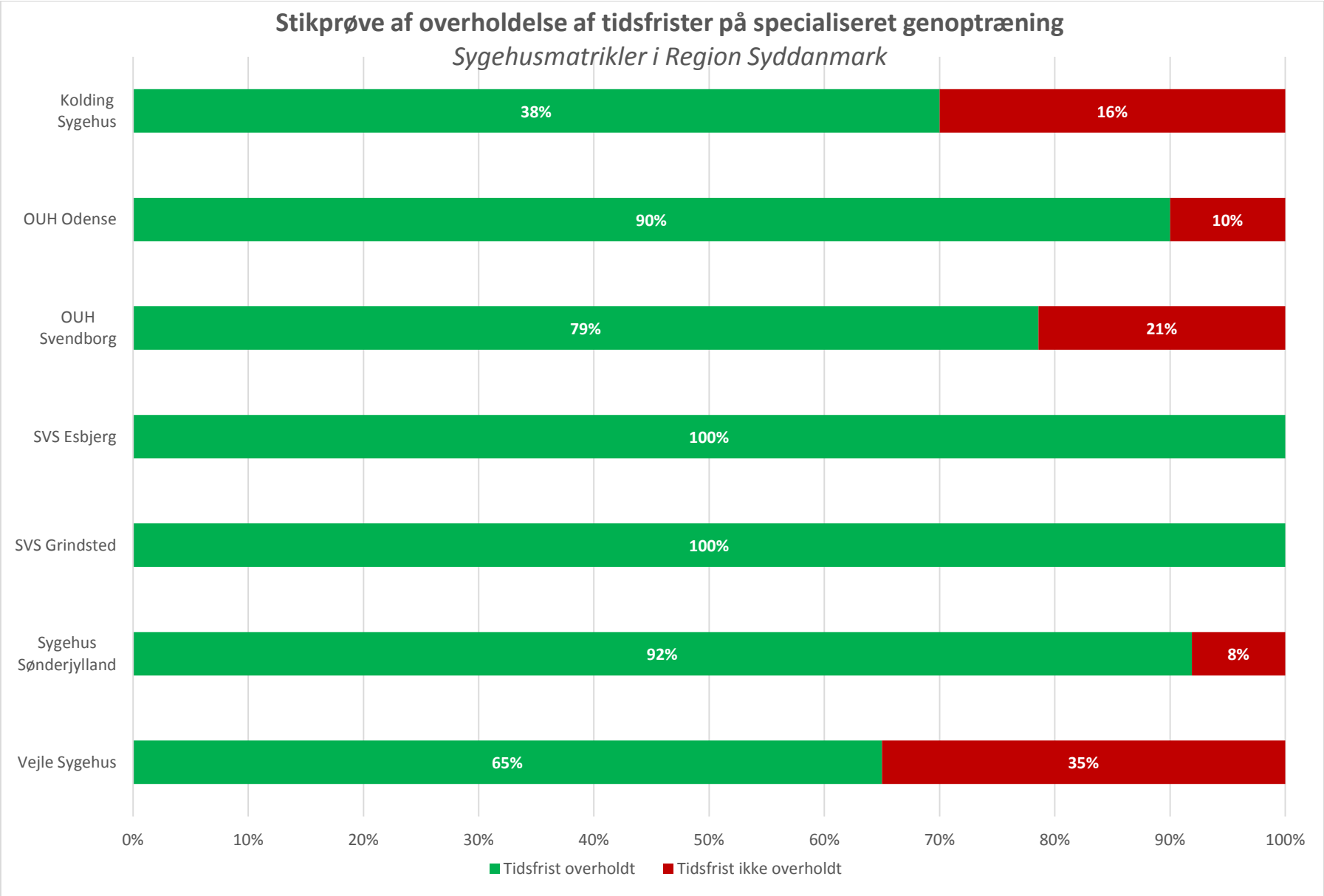
Der er angivet en sundhedsfaglig begrundelse for alle fremrykkelser og udskydelser af genoptræningens opstart.

Ingen af de psykiatriske sygehusmatrikler har i de relevante uger modtaget nogle genoptræningsplaner. Det forventes, at modellen for genoptræning i psykiatrien, vedtaget i DAK den 30. marts 2017, på sigt vil medvirke til et øget fokus på genoptræning i psykiatrien, herunder også den specialiserede genoptræning på sygehuset.

	Antal specialiserede GOP	Fremrykkelse af opstart	Udskyldelse af opstart	Tidsfrist overholdt	Tidsfrist *ikke* overholdt
Kolding Sygehus	20	4	0	14	6
OUH Odense	20	0	0	18	2
OUH Svendborg	14	0	0	11	3
SVS Esbjerg	19	0	0	19	0
SVS Grindsted	8	2	0	8	0
Sygehus Sønderjylland	37 *	17	6	34	3
Vejle Sygehus	20	3	5	13	7
Samlet	138	26	11	117	21
Relativt (%)		18,8 %	8 %	85 %	15 %

Tabel 2. Overholdelse af tidsfrister og evt. fremrykkelse/udskydelse af opstart for specialiserede genoptræningsplaner på sygehusmatrikler i Region Syddanmark.

* Data fra Sygehus Sønderjylland er ikke opdelt på matrikler



Figur 2. Overholdelse af tidsfrister for opstart for specialiserede genoptræningsplaner fra hospitalsmatrikler i Region Syddanmark.

Konklusion

Resultaterne af opgørelse viser, at 87 % af almene opstartes inden for den i genoptræningsplanen anførte tidsfrist. Resultaterne baseres på svar fra 19 kommuner (svarprocent på 86 %). I sagens natur havde en højere svarprocent givet et mere retvisende billede af overholdelse af tidsfrist.

Resultaterne af opgørelse viser, at 85 % af specialiserede opstartes inden for den i genoptræningsplanen anførte tidsfrist. Resultaterne baseres på svar fra samtlige somatiske sygehusmatrikler

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering anbefaler, at evalueringen af ventetidsaftalen gentages i efteråret 2018 og derefter årligt, indtil Sundhedsdatastyrelsens data kan benyttes. Samtidig anbefaler Følgegruppen, at der fastlægges et succeskriterium på 90 % for overholdelse af ventetidsaftalen.

Følgegruppen indstiller, at ansvaret for udfyldelse af evalueringsskemaer i første omgang henlægges til de lokale samordningfora, og at resultaterne herfra sammenskrives med henblik på forelæggelse for Følgegruppen og DAK af følgegruppesekretariatet.

Endeligt indstiller Følgegruppen, at evalueringen udvides, således at dataindsamlingen forlænges fra de nuværende fire uger til at omfatte otte uger; hver kommune/sygehusmatrikel vil herefter skulle gennemgå maksimalt 40 forløb, når der stadig gennemgås op til fem forløb pr. uge. Evalueringen udvides ligeledes, så årsager til at ventetidsaftalen ikke overholdes, inkluderes i spørgeskemaet

Muligheden for at enten fremrykke og udskyde opstart benyttes, men kun i begrænset omfang. Der er i samtlige tilfælde angivet sundhedsfaglige begrundelse for enten fremrykkelse eller udskydelse af opstart for såvel kommuner som sygehusmatrikler.

Særligt for det psykiatriske område kan det overvejes en særskilt opgørelse, som led i en opfølgning på arbejdet med model for genoptræning i psykiatrien, som foreslåes gennemført i efteråret 2018.

Spørgeskema til kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Fase 1

Dette spørgeskema er en central del i kvalitetssikringen af *leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau i Region Syddanmark.*

Det Administrative Kontaktforum godkendte den xx.xx.xxxx nedenstående procedure for kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau:

- Første fase baseres på en spørgeskemaundersøgelse og varetages af sekretariatet for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering med det formål at få overblik over, hvem leverandørerne af rehabilitering på specialiseret niveau er.
- Anden fase baseres på en spørgeskemaundersøgelse og varetages af sekretariatet for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering med det formål at afdække, hvorvidt leverandørerne lever op til de kvalitetskrav, som er aftalt tværsektorielt. .

I modtager hermed spørgeskema vedrørende fase 1.

Sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering vil på baggrund af besvarelserne af dette skema udarbejde en samlet liste over leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau, der kan forelægges Følgegruppen.

Der sigtes mod, at listen sammen med materiale vedrørende svarene fra den anden fase forelægges Det Administrative Kontaktforum den xx.xx.xxxx.

Eventuelle spørgsmål til udfyldelse af skemaet kan rettes til Ulrik Skyum Christensen, tlf.: 7253 6087 eller Arne Vesth Pedersen, tlf.: 2920 1104.

I bedes derfor udfylde vedlagt skema og returnere det Ulrik Skyum Christensen, uschr@fmk.dk mærket 'Kvalitetssikring af leverandører af genoptræning på specialiseret niveau' senest xx.xx.xxxx.

På forhånd tak for hjælpen

Formandskabet i Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering

Spørgeskema

1) **Hvilken kommune svarer du for?**
   Kommunens navn

2) **Kontaktperson ift. besvarelsen**
   Navn
   Titel
   Telefon
   E-mail

3) **Angiv hvilke(n) leverandør(er) kommunen benytter til håndtering af rehabilitering på specialiseret niveau**
   Leverandør 1
   Leverandør 2
   Leverandør 3
   Andre

Spørgeskema til kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

Fase 2

Dette spørgeskema er en central del i kvalitetssikringen af *leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau i Region Syddanmark.*

Det Administrative Kontaktforum godkendte den xx.xx.xxxx nedenstående procedure for kvalitetssikring af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau:

- Første fase baseres på en spørgeskemaundersøgelse og varetages af sekretariatet for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering med det formål at få overblik over, hvem leverandørerne af rehabilitering på specialiseret niveau er.
- Anden fase baseres på en spørgeskemaundersøgelse og varetages af sekretariatet for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering med det formål at afdække, hvorvidt leverandørerne lever op til de kvalitetskrav, som er aftalt tværsektorielt. .

I modtager hermed spørgeskema til afdækning af fase 2.

Sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering sammenskriver besvarelser med henblik på drøftelse i Følgegruppen den xx.xx.xxxx . På baggrund af de indkomne besvarelser, drøfter Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering ligeledes, om der er behov for en løbende monitorering af området.

Der sigtes mod, at evalueringen af ventetidsaftalen forelægges Det Administrative Kontaktforum den xx.xx.xxxx.

Eventuelle spørgsmål til udfyldelse af skemaet kan rettes til Ulrik Skyum Christensen, tlf.: 7253 6087 eller Arne Vesth Pedersen, tlf.: 2920 1104.

I bedes derfor udfylde vedlagte skema og returnere det Ulrik Skyum Christensen, uschr@fmk.dk mærket 'Kvalitetssikring af leverandører af genoptræning på specialiseret niveau' senest xx.xx.xxxx.

På forhånd tak for hjælpen

Formandskabet i Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering

Spørgeskema

1) **Hvilken institution svarer du for?**
   Institutionens navn

2) **Kontaktperson ift. besvarelsen**
   Navn
   Titel
   Telefon
   E-mail

3) **Beskriv kortfattet den organisatoriske forankring af tilbuddet (vedlæg organisationsdiagram og eventuelle samarbejdsaftaler med underleverandører)**
   Organisatorisk forankring
   Angiv bilag:
   - Bilag 1
   - Bilag 2
   - Bilag 3
   - Bilag 4
   - Bilag 5
   - Andre bilag

4) **Angiv antallet af nedenstående personaler samt deres ugentlige arbejdstid:**
   - Neuropsykologer
     - Antal Timefordeling
   - Ergoterapeuter
     - Antal Timefordeling
   - Fysioterapeuter
     - Antal Timefordeling
   - Sygeplejersker
     - Antal Timefordeling
   - Pædagoger
     - Antal Timefordeling
   - Audiologopæder
     - Antal Timefordeling
   - Sosu assistenter
     - Antal Timefordeling
   - Socialrådgivere
     - Antal Timefordeling

5) **Arbejder den sundhedsfaglige personalegruppe udelukkende med patienter med neurologiske lidelser?**

Ja ☐ Nej ☐

6) **Har 75 % af den socialfaglige personalegruppe minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III?'**

Ja ☐ Nej ☐

7) **Modtager den socialfaglige personalegruppe fast og hyppig supervision som varetages af specialistgodkendt neuropsykolog?**

Ja ☐ Nej ☐

8) **Hvordan sikres medarbejdernes adgang til vidensmiljøer på specialiserede områder? (Såfremt medarbejderne indgår i eksterne vidensmiljøer, vedlægges samarbejdsaftale som en del af besvarelsen)**

Sikring af adgang til vidensmiljøer

Angiv bilag:

- Bilag 1
- Bilag 2
- Andre bilag

9) **Deltager medarbejderne i udviklingsarbejde (Vedlæg tre vigtigste projektbeskrivelser, -status og/eller -evalueringer)**

Ja ☐ Nej ☐

Angiv bilag:

- Bilag 1
- Bilag 2
- Bilag 3
- Andre bilag

10) **Vedlæg samarbejdsaftaler om 1) adgang til lægelig behandling og konsulentbistand samt 2) aftale med institutioner, der bedriver udvikling og forskning**

Angiv bilag:

- Bilag 1
- Bilag 2
- Andre bilag

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 16/18051
Dato: 28. maj 2017

Udarbejdet af: Ida Bohn og Maja Riber Levinsen
E-mail: idabo@odense.dk - mrl@rsyd.dk
Telefon: 20510946 - 51801793

Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide

Indhold

Formål med samarbejdsaftalen ... 1
Baggrund ... 2
Ramme ... 2
Værktøj ... 2
Målgruppen ... 2
Principper for samarbejdet ... 2
Lovgivning ... 3
Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven ... 4
Anmodning om oplysninger - Retssikkerhedsloven ... 4
Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven ... 4
Journalføringspligt – Journalføringsbekendgørelsen ... 5
Tværsektorielt samarbejde og ansvarsfordeling ... 5
Den praktiserende læges ansvar og opgave ... 5
Sygehusets ansvar og opgave ... 5
Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb ... 6
Kommunernes ansvar og opgave ... 7
Fælles ansvar og opgaver på tværs ... 7
Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel ... 8
Implementering ... 9
Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter ... 10
Bilag 1 – Arbejdsgruppens medlemmer ... 10
Bilag 2 – Høringsparter ... 11
Bilag 3 – Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset ... 12
Bilag 4 – Oversigt over gældende lovgivning på området ... 13
Bilag 5 – Niveauinddeling i svangreomsorgen ... 17

Formål med samarbejdsaftalen

I sundhedslovens § 203-205 pålægges regioner og kommuner at koordinere indsatsen i forhold til børn og unge. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for samarbejdet med familien, hvor faglig og personlig forskellighed må anvendes konstruktivt i samarbejdet med og om familien. Det enkelte tilfælde definerer udgangspunktet og fokus for indsatsen.

Denne samarbejdsaftale sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og forebyggende indsatser for børn og unge som møder de sårbare gravide (praktiserende læge, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit, Familieafdeling (myndighed) sundhedspleje og andre relevante aktører).

Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. Der arbejdes for

en ensretning i hele Region Syddanmark, og en aftale, der kan fungere med respekt for de enkelte kommuner og fødesteders organisering.

Baggrund

I Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner, er det indskrevet, at: *"Der skal med inddragelse af socialfaglige kompetencer indgås en samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Herunder aftales fælles praksis omkring underretning og inddragelse af fødestedets personale i børnefaglige undersøgelser"*[1].

Der har ikke tidligere mellem de forskellige kommuner, samt mellem kommuner og fødesteder, eksisteret en aftale om, hvilke oplysninger en kommunal Familieafdeling (myndighed) kan anmode om fra fødestederne, og hvordan dette skal foregå. Ligeledes har der heller ikke tidligere fra fødestederne været enighed omkring, hvordan og i hvilket omfang, der skal udleveres oplysninger om mor og barn.

Der har fra kommunal side været eksempler på anmodninger om information, der ligger ud over sundhedspersonalets kompetencer og rammer (blandt andet anmodning om mor-barn observationer, herunder mors evne til tilknytning, vurdering af forældreevne og længere forløbsbeskriver). Fra fødestedernes side har der været eksempler på at overinformere og/eller at forsøge at udtale sig om forhold, hvor der ikke har været et reelt grundlag for udtalelsen på baggrund af meget kortvarig observation. De involverede parter har arbejdet efter bedste hensigter, men det har været udfordrende at koble krav og forventninger fra en part med realistiske og dækkende tilbagemeldinger fra en anden part. Derfor har en forventningsafstemning og ensretning på dette område været efterspurgt.

Arbejdsgruppen for nærværende samarbejdsaftale kan ses i bilag 1. Høringsparter kan ses i bilag 2.

Ramme

Samarbejdsaftalens ramme er Fødeplanen i Region Syddanmark af 2014, Barnets reform af 2011, Overgrebspakken af 2013, Servicelovens § 153, "Vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen" af 2010, Sundhedsstyrelsens "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" fra 2011 samt "Samarbejdsaftalen mellem kommuner, almen praksis, og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin" af 2012 (bliver revideret i efteråret 2017).

Værktøj

Der er udarbejdet følgende værktøjer i forbindelse med samarbejdsaftalen:

1. Skabelon: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel (bilag 3)
2. Oversigt over gældende lovgivning på området (bilag 4)
3. Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb (side 6 men kan være anden side i pdf rettes af grafiker)

Målgruppen

I Sundhedsstyrelsens "*Anbefalinger for svangreomsorgen"* af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske/fysiske/somatiske som sociale og psykiske risikofaktorer. En beskrivelse af niveauinddelingen kan ses i bilag 5.

Denne samarbejdsaftale omhandler alle gravide - uanset niveau - hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning. I praksis vil det oftest være gravide fra niveau 3 og 4, men gravide fra niveau 1 og 2 må ikke overses.

Principper for samarbejdet

I Servicelovens § 46 og med Barnets Reform af 2011 ligger der en kommunal forpligtelse til at gøre en særlig indsats i forhold til gravide og familier, hvor der måtte være en bekymring omkring barnets trivsel. Det er kommunen som har myndighedsforpligtelsen på området, og formålet med at yde støtte

[1] Sundhedsaftalen for Region Syddanmark og de 22 kommuner (https://www.rsyd.dk/wm277954)

til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Samarbejdet med sundhedsvæsenet omkring graviditet, fødsel og barsel er et vigtigt element i den kommunale sagsbehandling. Samarbejdet skal foregå på tværs af det sundhedsfaglige og det socialfaglige felt. Det er et komplekst område, som stiller krav om høj faglighed, juridisk forståelse og et tæt samarbejde mellem de relevante aktører.

Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barnet skal være i centrum, og at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv. Derfor er tilgangen til undersøgelsen, at processen bør være lige så vigtig som resultatet. Det vil sige, at undersøgelsen skal betragtes som et stykke socialt arbejde i sig selv. Her arbejder man med, at familien så vidt muligt gennemløber en erkendelsesproces og får støtte til forandring af de problemer, der kan løses under selve processen[2]. Inddragelsesbegrebet forstås ud fra et interaktivt perspektiv – og undersøgelsen skal så vidt det er muligt laves i samarbejde med forældrene/de vordende forældre.

Jf. bilag 4 (juridisk notat), er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bliver bekymret for et kommende barns trivsel. Dette gælder alle fagpersoner, gerne tidligt i et (graviditets)forløb, når der opstår kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Den lovmæssige ramme for udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse er op til 4 måneder. Inden der træffes afgørelse om foranstaltning/indsats skal der foreligge en socialfaglig handleplan.

Det er dog ikke i alle tilfælde, at graviditeten kendes tidligt. Derfor er det heller ikke muligt at sætte faste rammer for afholdelse af evt. netværksmøder eller for hvornår i løbet af en graviditet en socialfaglig handleplan skal ligge klar, men det tilstræbes fra alle parter at samarbejde om at skabe en hurtig og grundig proces.

Sagsbehandler i Familieafdelingen (myndighed) har ansvaret for, at den konkrete handleplan bliver udformet og er klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels-/ og barselsafsnit samt sundhedsplejen om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.

Modtager på fødestedet er ifølge loven forpligtiget til at journalføre denne viden, således at det tydeligt fremgår, hvorledes personalet i tilknytning til føde- og barselsafsnit skal forholde sig omkring familien.

Der kan af alle parter indkaldes til netværksmøder efter behov.

Lovgivning

Lovgivningen på områdes dækkes primært af:

- Sundhedsloven
- Retssikkerhedsloven
- Serviceloven
- Journalføringsbekendtgørelsen

Nedenstående er en kort sammenskrivning af den gældende lovgivning. Der henvises til bilag 4 for præcisering og uddybning.

[2] Servicestyrelsen, Håndbog om Barnets Reform, 2011, Kap. 5 side 103

Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven

Medarbejdere, der arbejder under sundhedsloven har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra patienten. Det er den enkelte afdeling, der indhenter samtykke til relevante samarbejdsparter, dette kan ske både i situationer med og uden underretning.

Videregivelse af information uden samtykke kan ske, når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Man skal dog stadig forsøge at opnå samtykke eller så vidt muligt orientere forældrene herom. Orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret samt deres reaktion herpå. Desuden bør det fremgå af jounalen, hvilke oplysninger, der er vidergivet, i henhold til hvilken lovgivning samt med hvilket formål (se bilag 3).

Anmodning om oplysninger - Retssikkerhedsloven

Familieafdelingen (myndigheden) kan forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder autoriserede sundhedspersoner, giver oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af sagen, herunder læge- og sygehusjournaler. Dette kan ske med eller uden samtykke for borgeren, jf. sundhedsloven og retssikkerhedsloven (se bilag 4 for uddybning).

Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En underretning kan være en oplysning om bekymring fra en fagperson eller en privat borger. Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Der kan også underrettes anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. Hvis underretteren er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske, som har skærpet underretningspligt hvis de får **kendskab** til eller grund til at **antage**, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte.

Der er ingen formkrav til en underretning fra fagprofessionelle, men i henhold til serviceloven og sundhedsloven, <u>anbefales</u> det at:

- Underretningen er skriftlig
- Der underrettes digitalt ved udfyldelse af underretningsskabelon (eventuelt via den pågældende kommunens hjemmeside eller via sikker mail til kommunen)
- Underretteren er navngiven
- Der så vidt muligt indhentes samtykke fra forældrene, hvilket journalføres.
- Forældrene får mulighed for at udtale sig i forbindelse med underretningen (dog ikke ved mistanke om overgreb)
- Den person, der foretager underretningen har orienteret forældre og eventuelt udleveret eller eftersendt en kopi af underretningen (forældrene skal ikke være enige i underretningen, men så vidt muligt orienteres inden underretningen sendes).

Det faglige indhold i underretningen bør inkludere følgende:

- Hvad er anledningen til underretningen
- ”Hvad har jeg set og hørt” - beskriv hvad der er sagt, sket og observeret. Undlad at fortolke.
- Beskriv familiens situation
- Hvor længe har forholdet stået på
- Beskriv forældrenes reaktion på underretningen, såfremt de er orienteret

Familieafdelingen (myndigheden) skal kvittere for underretningen inden for 6 dage, samt orientere om, hvorvidt der er iværksat undersøgelse/foranstaltning, og Familieafdelingen *kan* orientere om type af foranstaltning.

Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye, bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning ikke har ført til videre sagsbehandling i kommunen.

I tilfælde af, at der under forløbet er tvivl om, hvorvidt en underretning/børnefaglig undersøgelse er i proces opfordres man til at kontakte den ansvarlige myndighed.

Journalføringspligt – Journalføringsbekendtgørelsen

Patientjournalen skal indeholde optegnelser over, hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvilket formål, til hvem og i henhold til hvilken lovgivning (se bilag 3).

Tværsektorielt samarbejde og ansvarsfordeling

Den praktiserende læges ansvar og opgave

De fleste gravide henvender sig til praktiserende læge ved erkendt graviditet. For denne målgruppe kan der dog også være andre veje ind i svangreomsorgen, eksempelvis via kommunal behandlingsenhed. Praktiserende læge udarbejder svangrepapirer med grundig baggrundsinformation, såfremt patienten henvender sig og er indforstået. På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen. Svangrepapirene sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5). Visitationen på sygehuset kan supplere og justere niveauinddelingen ved behov.

Praktiserende læger og ansatte i praksis er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes der, om der er baggrund for en underretning.

Sygehusets ansvar og opgave

Den gravide visiteres til forløb i svangreomsorgen blandt andet på baggrund af information i svangrepapirer. Antal konsultationer bestemmes i forhold til den gravides psykosociale og sundhedsmæssige baggrund.

Jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje om forventet fødsel. Jordemoder sender besked til den kommunale sundhedspleje så tidligt som muligt, gerne ved første jordmoderkontakt, hvis der er behov for besøg under graviditeten.

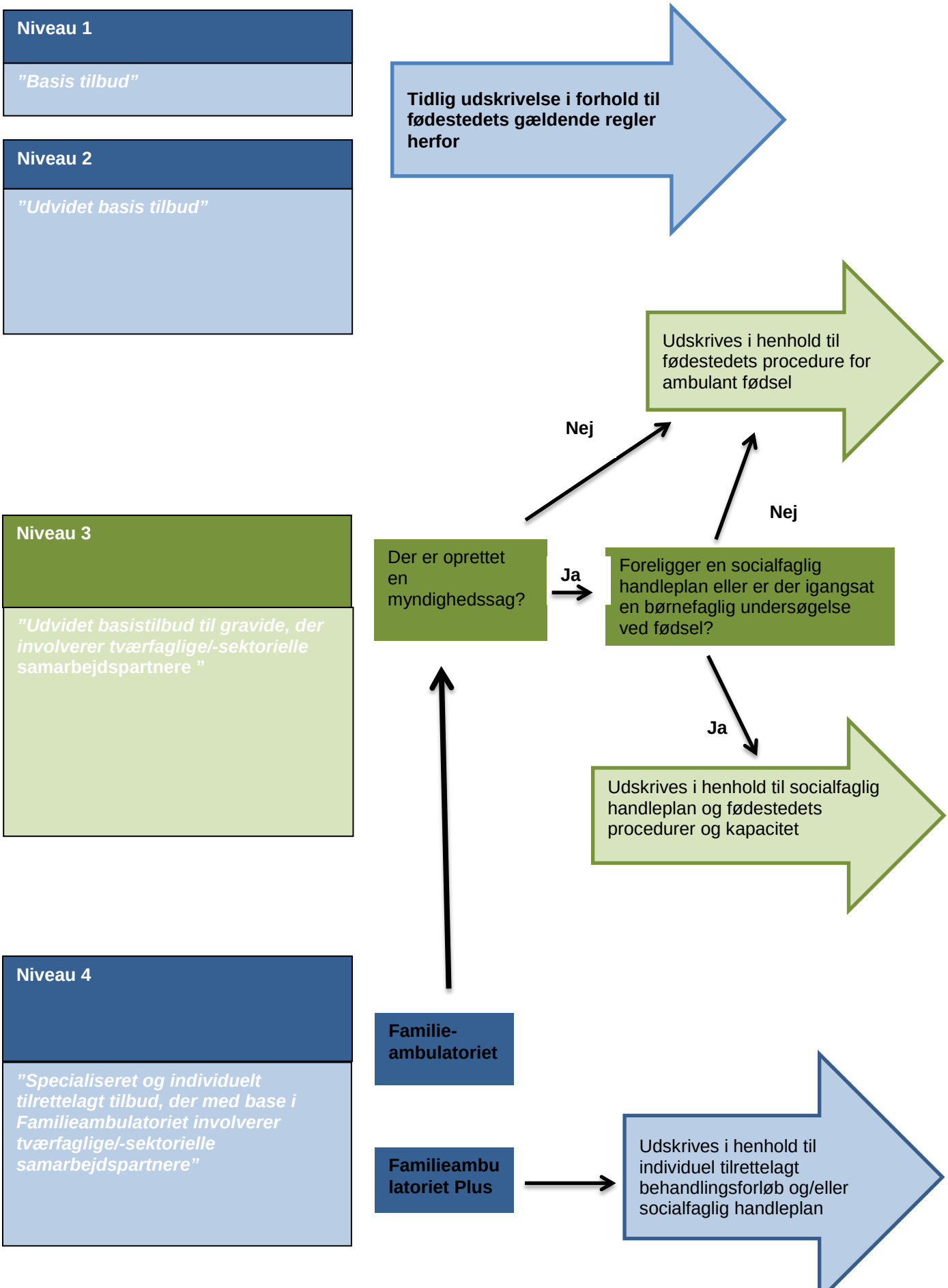
I Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder, at ca. halvdelen af de fødende udskrives indenfor 24 timer. Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme Familieafdelingens ønske om indlæggelse efter fødsel, og det sociale element indgår i den samlede faglige vurdering af behandlingen. Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene på baggrund af socialfaglige omstændigheder. Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.

Sundhedspersonalet er forpligtet til at samarbejde med socialrådgiver fra Familieafdelingen omkring både bidrag til børnefaglig undersøgelse og implementering af socialfaglig handleplan i det omfang, det er muligt i forhold til den sundhedsfaglige behandling af familien.

Alt fagpersonale, der møder den gravide kvinde/familien gennem forløbet, er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring for barnets trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb

Afhængig af niveauinddeling under graviditet og hvorvidt der er etableret tværsektorielt samarbejde følger en gravid/barslende nedenstående flow.



Kommunernes ansvar og opgave

Med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov oprettes der, på baggrund af Sundhedslovens § 123, en tværfaglig gruppe i kommunen/rne.

Denne tværfaglige gruppe skal sikre, at det enkelte barns udvikling, sundhed og trivsel fremmes. Med deltagelse af sundhedspersonale sikres det, at indsatsen, ud over socialfaglig bistand, også inddrager sundhedsmæssige perspektiver i den samlede indsats.

Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe[3]. Som supplement eller erstatning herfor er det muligt at benytte § 11 i Serviceloven. Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante fagpersoner bidrager til, at udsatte og sårbare børn identificeres tidligt, og at rettidige indsatser iværksættes. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde[4].

Sundhedsplejen

Sundhedsplejersken tilrettelægger sine sundhedsfremmende og forebyggende ydelser, så gravide og børn med særlige behov tilgodeses med ekstra besøg ved behov[5]. Herunder tilrettelægges indsatsen således, at den søger at udligne ulighed i sundhed.

Gravide med særlige behov vil oftest være i kontakt med sundhedsplejen allerede i graviditeten således, at der tidligt i forløbet kan ydes støtte og rådgivning. Hvis ikke der allerede er andre samarbejdspartnere omkring den gravide, vurderer sundhedsplejen, om der er et behov for et koordineret samarbejde med andre relevante fagpersoner og kontakter disse, så familien kan få yderligere hjælp og støtte.

Sundhedsplejersken er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

Familieafdelingen (myndigheden)

Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Familieafdelingen skal som led i undersøgelsen inddrage fagfolk - uanset organisatorisk tilhørsforhold - som allerede har viden om barnets og familiens forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunen bliver opmærksom på, at et barn kan have behov for særlig støtte.
Familieafdelingen er forpligtiget til at udarbejde en socialfaglig handleplan der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen. I sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt hermedfølgende handleplan, kan familien tilbydes et forløb med indsats efter Servicelovens § 11.

Fælles ansvar og opgaver på tværs

Alle faggrupper er forpligtet til at samarbejde til gavn for barnet. Der opfordres til at søge fælles løsninger. Alle parter er forpligtet til at tage initiativ til yderligere kommunikation (pr. mail og telefon) ved behov, med henblik på at undgå misforståelser. Alle parter kan opfordre til tværfaglige netværksmøder ved behov. Det anbefales som udgangspunkt i videst muligt omfang at inddrage de vordende forældre i alle møder med respekt for det menneskesyn, som er grundlæggende for Barnets Reform.

---

[3] Sundhedsloven §123 " Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab."
[4] Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, 2011
[5] Sundhedsloven §122

Kommunikation
Når de syddanske kommuner sender en anmodning til et sygehus, anvendes sikker e-mail med anmodningen vedhæftet. Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med journalførte oplysninger.

Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale Familieafdeling (myndighed)

I det lokale samarbejde udveksles relevante kontaktinformationer *eller* i hvert patientforløb aftales det indledningsvist, hvilken kontaktform, der benyttes.

Der er flere indgange til kommunen, alt efter om der er tale om sundhedsplejen eller Familieafdelingen (myndigheden). Tilsvarende vil der være forskellige indgange til sygehusene, alt efter om der er tale om graviditet, fødsel eller barsel. Dette understreger vigtigheden af, at der i de enkelte forløb er let tilgængelige og tydelige kontaktinformationer på de involverede parter.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Kommunens Familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse – det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

Formålet med skabelonen
Der er udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb. Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 3.

Der kan eksempelvis anmodes om:

- *Besked ved fødsel*
- *Besked ved/invitation til udskrivelsesmøde*
- *Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset*
- *Lægeerklæring*

Kommunen skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om – med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/nybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet skal *kun* beskrive det, som de ser, der er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og ikke lave fortolkninger eller vurderinger. Sygehuset må kun sende de oplysninger kommunen beder om (se bilag 4).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonaltet skal på forhånd orienteres om dette.

Sygehusets svar på anmodningen
I tilbagemeldingen til den kommunale Familieafdeling (myndighed) sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, så alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.

Implementering

Implementering af den fælles regionale samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter som aftalen og de dertil hørende handlinger berører.

For at understøtte implementering af aftalen anbefales det, at implementeringen sker i et lokalt samarbejde mellem den kommunale Familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, barsels- og neonatalafsnit og Familieambulatoriet indenfor det enkelte sygehus' optageområde.

Implementeringen af samarbejdsaftalen og brug af skabelonen på tværs af hele Region Syddanmark sker inden udgangen af juni 2018.

Implementering af aftalen fordrer endvidere, at alle parter har en faglig og professionel tilgang til opgaven, og udviser en åbenhed overfor den faglighed, som samarbejdsparterne har med sig ind i samarbejdet.

De lokale samordningsfora

Det er de fire lokale samordningsfora (SOF), som har det overordnede, tværgående ansvar for at implementere og følge op på aftalen. De lokale samordningsfora er knyttet geografisk til de enkelte sygehusenheder og omfatter de kommuner, som sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksiskonsulentorganisationen og Praksisudvalget.

Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. Hvis der ikke er repræsentation fra kommunal Familieafdeling (myndighed) i samarbejdet, er det sundhedsområdets repræsentants ansvar at inddrage myndighedsområdet.

Implementering og opfølgning på gennemførelse af aftalen skal være et fast punkt på de to årlige møder i de lokale samordningsfora fra vinteren 2018 og frem, indtil implementeringen er gennemført.

Anbefalinger om opfølgning og evaluering på samarbejdet

Videndeling og kompetenceudvikling

Videndeling og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen med henblik på at forbedre det samlede tilbud for de sårbare gravide.

Den kommunale familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, personalet på barsels- og neonatalafsnit samt Familieambulatoriet forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik vidensdeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Vidensdeling bør blandt andet omfatte undervisning i underretning til det sundhedsfaglige personale. Der kan med fordel udarbejdes fælles undervisningsmateriale, der kan anvendes på alle fire sygehusenheder.

Der opfordres til, at der mindst én gang om året afholdes kursus/temadag for parterne, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.

Der kan undervises i underretning på den regionale lægedag, for at byde ind i et allerede etableret forum med relevans for de praktiserende læger.

Evaluering

Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med specifikt fokus på om skabelonen er anvendelig i dens nuværende form eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.

Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter

Både implementering af samarbejdsaftalen og opgaven i drift skal løftes inden for de i dag eksisterende rammer.

Det anbefales, at der yderligere afsættes midler til kompetenceudvikling og uddannelse omkring relevante emner i forbindelse med det tværfaglige samarbejde, som nævnt i ovenstående afsnit.

Bilag 1 – Arbejdsgruppens medlemmer

Anne Uller (medformand)	Chefjordemoder, Kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Lillebælt
Bettina Brøndsted (medformand)	Leder, Børne- og ungerådgivningen – Odense Kommune
Helle Gates	Socialrådgiver, Børneafdelingen/kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Lillebælt
Inge Olga Ibsen	Overlæge og leder, Familieambulatoriet – OUH
Jane Maria Lyngsø	Overlæge, Gyn. og Obstetrisk afdeling – Sydvestjysk Sygehus
Tina Vedstesen	Socialrådgiver, Børne-og Ungeafdelingen, Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet – Sydvestjysk Sygehus
Osla Dahl	Socialrådgiver, Børn og Unge – Sygehus Sønderjylland
Mette Rasmussen	Jordemoder, Kvindesygdomme og Fødsler – Sygehus Sønderjylland
Anne Thomsen	Leder, Familierådgivningen – Fredericia Kommune
Lene Willumsen	Leder, Børn & Ungeenheden – Vejen Kommune
Susanne Borring Bak	Faglig koordinator, Forældreværkstedet – Haderslev Kommune
Ulla Dupont	Ledende sundhedsplejerske – Vejle Kommune
Jette Lauvring	Leder, Børnesundhed – Assens Kommune
Jane Zenker Bergenhagen	Leder, sundhedsplejen – Svendborg Kommune
Gökhan Dinc	Jurist, Råds- og Direktionssekretariatet – Regionshuset
Ida Bohn (sekretær)	Proceskonsulent, Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune
Maja Riber Levinsen (sekretær)	Konsulent, Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde – Regionshuset
Arne Vesth Pedersen (sekretær)	Specialkonsulent, Afdelingen for Tværsektorielt Samarbejde – Regionshuset
Ad Hoc	
Anette Rasmussen	Afdelingssygeplejerske, Barselsafsnittet, Kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Lillebælt
Annette Lindballe	Afdelingssygeplejerske, Mor Barn Center – Sydvestjysk Sygehus
Ina Djernis Olsen	Socialrådgiver, Familieambulatoriet - OUH
Rune Just	Jurist, Børn og Ungeforvaltningen – Vejle Kommune
Mikael Andreasen	Familie- og forebyggelseschef – Vejle Kommune
Marianne Bang	Konstitueret Distriktsleder Familierådgivningen – Esbjerg Kommune

Bilag 2 – Høringsparter

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring, i juli-august 2017.

Fødestederne i Region Syddanmark

De syddanske kommuners Sundhedsområde og Familie-/Børneområde

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

Bilag 3 – Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

Skemaet udfyldes af den kommunale Familieafdeling (myndighed) og sendes til Sygehus.

OBS Vejledninger skrevet med kursiv slettes i forbindelse med udfyldelse af anmodningen

Oplysninger om borger/patient	
Dato for anmodning.	
Vedr. barn af	
CPR-nummer	
Terminsdato	

Kontaktoplysninger på kommunal myndighed	
Myndighedsafdelingens direkte nummer og mail (modtagelsen)	
Kommunal socialrådgiver (navn, tlf.nr. og mail)	
Kontakt udenfor åbningstid	*(Her tages stilling til om den sociale bagvagt skal kontaktes når patienten indlægges mhp. fødsel og hvordan afdelingen skal forholde sig uden for åbningstid og på helligdage)*

Orientering fra kommune til sygehus (Kommunens afgørelse eller aftaler med den vordende mor)	
Baggrund for anmodning	*Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) - kort.*
Aftaler ved fødsel/under indlæggelse *(ved ændring skal samarbejdspartnere orienteres)*	*Kommunens aftaler med familien, fx hvilken foranstaltning der planlægges.* *Specifikke aftaler med sygehuset i forbindelse med fødsel og barsel.*
Aftale om prævention	*Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen*
Kommunens EAN nummer	*Bruges ved udgifter til prævention*

Anmodning fra kommunen om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. oplysninger i forbindelse med fødsel på sygehus	*Der kan eksempelvis anmodes om:* • *Hvem kontaktes og hvornår* • *Besked ved fødsel* • *Besked/invitation til udskrivelsesmøde* • *Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.* *Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.*
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	*Ja* *Nej (Indhentes jf. § 11c)*

Bilag 4 – Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med formålet om at uddybe nogle af de juridiske områder, som vedrører sundhedspersonalet og myndighedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger.

Nedenfor behandles blandt andet sundhedspersoners tavshedspligt, hjemlen for at udveksle oplysninger med kommunen, underretningspligten for offentligt ansatte og journalføringen i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger.

Sundhedsloven § 40 og 43

Sundhedspersoners tavshedspligt
Ifølge sundhedslovens § 40 har en patient krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående *helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger*.

Omfattet af begrebet "*helbredsforhold*" er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredstilstand. Dette gælder ikke kun journalførte oplysninger, men alle oplysninger, der kan fortælle noget om patientens helbred.

"*Øvrige rent private forhold*" omfatter fx oplysninger om patientens ægteskab, patientens pårørende mv.

"*Andre fortrolige oplysninger*" omfatter fx oplysninger om indkomstforhold, sociale forhold samt strafbare forhold.

Således er al udveksling, der foregår mellem den enkelte sundhedsperson eller sygehuset og en anden part, en undtagelse til ovenstående regel.

Hjemlen for videregivelse af helbredsoplysninger mv. til kommunerne og andre myndigheder, findes i sundhedslovens § 43 (se næste afsnit).

Sygehusets hjemmel for at videregive oplysninger til kommunen
Som nævnt ovenfor har sundhedspersoner tavshedspligt i forhold til oplysninger, som de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om.

Således er alle videregivelsesbestemmelser i sundhedsloven en undtagelse fra ovenstående.

Sundhedspersonalet har mulighed for at søge rådgivning hos en jurist om videregivelsen er berettiget eller ej. Dette vil ikke medføre overtrædelse af tavshedspligten.

Én af de undtagelser findes i sundhedslovens § 43 stk. 2, nr. 1, der omhandler videregivelse til andre formål end behandling. Ifølge denne bestemmelse kan sundhedspersoner uden patientens samtykke videregive oplysninger om patientens helbred, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til blandt andet myndigheder, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

Altså kan videregivelse af oplysninger ske, når videregivelsen er udtrykkeligt bestemt i en anden lovgivning.

Der findes spredt i lovgivningen en række bestemmelser, der pålægger sundhedspersoner en oplysningspligt, dvs. en pligt til at videregive helbredsoplysninger under nærmere beskrevne omstændigheder.

Relevant for arbejdet med målgruppen er navnlig:

- Retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1
- Retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1, og

- Servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Disse bestemmelser uddybes herefter.

Retssikkerhedsloven § 11 a og c

Myndighedens anmodning efter forudgående samtykke fra borgeren, jf. retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1:
Ifølge denne bestemmelse kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse af, at borgeren har afgivet et samtykke er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente at samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om.
Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være *nødvendige* for at behandle sagen.

Kommunens anmodning uden borgerens forudgående samtykke i forbindelse med sager om særlig støtte til børn og unge og § 50-undersøgelser, jf. retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1:
Ifølge bestemmelsens stk. 1, nr. 1, kan kravet om samtykke i § 11 a (beskrevet ovenfor) fraviges i sager om særlig støtte til børn og unge efter servicelovens kapitel 11, hvor myndighederne kan påbegynde en sag eller træffe afgørelse uden forældrenes samtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter servicelovens § 50.

Også i denne situation skal sundhedspersonen imødekomme kommunens anmodning som i forrige afsnit.

Fælles for de to ovenfor beskrevne bestemmelser er, at det er kommunen, der tager initiativ til udvekslingen af oplysninger.
Herudover er det fælles for de to bestemmelser, at sundhedspersoner ikke skal forsøge at indhente et samtykke fra patienten.

Serviceloven § 153 & 155 b

Offentligt ansattes underretningspligt
Offentligt ansattes underretningspligt, jf. servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2
Ifølge denne bestemmelse er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan fx være tale om, at lokalpsykiatrien bliver opmærksom på, at en patient med psykiske problemer er blevet gravid, eller at en kvinde med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne bliver gravid.

Det er ikke en betingelse, at vurderingen af familiens situation alene kan føre til foranstaltninger efter loven, men der skal være tale om problemstillinger i familien, der er af en sådan karakter, at det vurderes nødvendigt at handle i forhold til det, og hvor man ikke ved egen indsats er i stand til at afhjælpe problemerne.

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.
Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre, jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, pyskisk og seksuelt overgreb.

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til dette og den enkeltes ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet kan have behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

Kommunal tilbagemelding, jf. servicelovens § 155 b
Kommunen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

Journalføringsbekendtgørelsens § 29

Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i retssikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.

Bilag 5 – Niveauinddeling i svangreomsorgen

OBS: Nedenstående retningslinjer revideres i efteråret 2017, og der henvises til at finde nyeste retningslinjer gennem sst.dk

I Sundhedsstyrelsens "*Anbefalinger for svangreomsorgen"* af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.

Niveau 2 indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.

Niveau 3 indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49 og sundhedsloven § 123.

Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv.

Samarbejdsaftale vedr. Sårbare gravide.

Nedenstående tabel indeholder alle høringssvar, der har resulteret i en ændring i samarbejdsaftalen vedr. Sårbare gravide.

Alt markeret med kursiv stammer fra aftalen, før og efter rettelser, kolonnen til højre indeholder de rettelserne, der er i den endelige udgave af samarbejdsaftalen.

Afsender	**Indhold af høringssvar**	
Assens Kommune	**Formål med…** Ang. ”Tværfagligt samarbejde” Vi mener denne sætning skal slettes, da det må være opgaven, der definerer hvem og hvordan indsatsen leveres.	Sætningen er omformuleret.
	Principper for samarbejdet. *”Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv”* Vi mener, at formuleringen skal lyde som følger: ”børn og forældre er ansvarlige i og for deres eget liv”.	Dette er rettet i aftalen til: ”*Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barnet skal være i centrum, og at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv.*”
	”Det er intentionen fra myndighedssagsbehandlers side at have den konkrete handleplan klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels-/ og barselsafsnit om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.” Ændre til følgende: ”myndighedssagsbehandler er ansvarlig for at kommunkere….”.	Afsnittet er omformuleret til: *” Sagsbehandler i Familieafdelingen (myndighed) har ansvaret for, at den konkrete handleplan bliver udformet og er klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels-/ og barselsafsnit samt sundhedsplejen om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.*”
	”Modtager på fødestedet har ansvaret for at få dette journalført, således at det tydeligt fremgår hvorledes personalet i tilknytning til føde- og barselsafsnit skal	Dette er ændret til: ”*Modtager på fødestedet er ifølge loven forpligtiget til at*

	forholde sig omkring familien." Ændre til: er ifølge loven forpligtet til at få denne viden journalført	*journalføre denne viden…*"
	Sygehusets ansvar og opgave *"I Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder at ca. halvdelen af de fødende udskrives indenfor 24 timer. Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme myndigheds ønske om indlæggelse efter fødsel, og det sociale element indgår i den samlede faglige vurdering af behandlingen. Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene på baggrund af socialfaglige omstændigheder. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side..."* Meget problematisk formulering: hvordan kan man som kommune planlægge en indsats for den enkelte sårbare familie på dette grundlag? Det giver anledning til stor usikkerhed, hvis myndighed ikke på forhånd kan lave aftaler med sygehuset. Det er vanskelige vilkår at lave en handleplan, der tilgodeser den sårbare familie og det nyfødte barn, hvis ikke sygehuset kan støtte op i samarbejdet omkring de sårbare familier – i de første dage efter fødslen.	Afsnittet er omskrevet så følgende er tilføjet: "*Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.*"
	"Kommunens ansvar…" *"Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe."* Dette bør slettes, der er store kommunale forskelle for praksis på området.	Afsnittet er ikke slettet med omskrevet: *" Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe. Som supplement eller erstatning herfor er det muligt at benytte § 11 i Serviceloven."*
	"Myndighedsområdet" "*Kommunen undersøger de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Kommunen skal som led…."*	Afsnittet er omformuleret til: "*Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis*

	Forslag:..efter at have modtaget en underretning undersøger myndighedsområdet de vordende forældres….	*det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen.*"
	"Undersøgelsen der betegnes som en børnefaglig undersøgelse skal afsluttes senest 4 måneder efter at kommunen bliver opmærksom på at et barn kan have behov for særlig støtte. *Kommunen er forpligtiget til at udarbejde en socialfaglig handleplan der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen."* Kommunen bør omformuleres til myndighedsomådet	Kommunen er ændret til Familieafdelingen (myndigheden)
	"Fælles ansvar…" *"Det anbefales i videst muligt omfang at inddrage de vordende forældre i alle møder med respekt for det menneskesyn, som er grundlæggende for Barnets Reform."* Forslag: "Som udgangspunkt inddrages de vordende forældre…"	Det er omformuleret til: *"Det anbefales som udgangspunkt i videst muligt omfang at inddrage de vordende forældre…"*
	"Kommunikation." *"Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med allerede journalførte oplysninger – der skal ikke konstrueres ny information på baggrund af anmodningen."* Denne sætning bør slettes, den giver ingen mening. Omvendt bør man understrege, at personalet på sygehuset bør journalføre oplysninger, der relaterer sig til objektive observationer omkring mor, barn, familieforhold under indlæggelsen	Sætningen er rettet til: "*Når de syddanske kommuner sender en anmodning til et sygehus, anvendes sikker e-mail med anmodningen vedhæftet. Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med journalførte oplysninger.*"
	"Formålet med skabelonen.." *"Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne."* Dette skal slettes. Det kan plejepersonalet i sagens natur ikke udføre – det er en psykologisk undersøgelse, der ligger til grund for dette. Ifølge lovgivningen har sundhedspersonalet en skærpet underretningspligt – og er derfor forpligtet til at videregive oplysninger, der kan have betydning for det nyfødte barns trivsel.	Dette er ikke slettet, da det vurderes at det er relevant at medtage i aftalen. Afsnittet understreger netop, at det ikke er en opgave der skal varetages af denne gruppe.
Bak, Susanne Borring	Vedrørende bilag 1 om arbejdsgruppens medlemmer står jeg som faglig koordinator. Det er jeg, men da der er	Er rettet i listen over

	flere faglige koordinatorer i Haderslev Kommune, vil jeg bede dig rette det til **Susanne Borring Bak** **Faglig koordinator, Forældreværkstedet,** **Haderslev Kommune**	arbejdsgruppens medlemmer.
Bjerrum, Anne Dorthe	Sygehus Sønderjylland har netop fået nye afdelingsbetegnelser, hvilke jeg har indsat i f.t. arbejdsgruppen og de sønderjyske repræsentanter (indsat nedenstående). *Osla Dahl Socialrådgiver, Børn og Unge – Sygehus Sønderjylland* *Mette Rasmussen Jordemoder, Kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Sønderjylland*	Er rettet i listen over arbejdsgruppens medlemmer.
Esbjerg Kommune	**Høringssvar til samarbejdsaftalen vedrørende sårbare gravide, fra Sundhedsplejen samt Familierådgivningen, Esbjerg kommune.** Esbjerg kommunes Sundhedspleje og Familierådgivning hilser den nye samarbejdsaftale velkommen og finder, at det fokus der er på det tværsektorielle samarbejde er særdeles positivt. Vi har dog følgende kommentarer: I forhold til underretning mv. er det væsentligt at bemærke, at der er særlige situationer i fht. overgreb. Det er fint beskrevet i aftalen. Esbjerg kommune ønsker dog tilføjet, at det er i sager omkring <u>vold og</u> overgreb, idet der ellers kan være en tendens til alene at tænke sager omkring seksuelle overgreb (beredskabsplanen). I forhold til afsnittet omkring Praktiserende læges ansvar og opgave finder vi det væsentligt at få præciseret, hvem der har ansvaret for at lave vurdering i fht. niveauinddelingen i svangreomsorgen. Det skal fremgå helt tydeligt, hvorvidt det er praktiserende læges ansvar eller hospitalslægens ansvar.	Dette er blevet rettet, så der i aftalen nu henvises til kommunernes beredskabsplan og dennes definition på overgreb af fysisk, psykisk og seksuel karakter. Dette er blevet præciseret i aftalen: *"På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen. Svangrepapirene sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5). Visitationen på sygehuset kan supplere og justere*

		niveauinddelingen ved behov."
	I afsnittet omkring Myndighedsområdet ønsker Esbjerg kommune tilføjet, at der kan være sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt handleplan, men hvor man i stedet tilbyder familien et forløb med indsats efter Servicelovens § 11. Det er myndighedsrådgivers kompetence at træffe beslutning herom og det skal bemærkes, at mange vanskeligheder kan løses via et kvalificeret § 11 forløb.	Dette er tilføjet i aftalen: *"I sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt hermedfølgende handleplan, kan familien tilbydes et forløb med indsats efter Servicelovens § 11."*
	Esbjerg kommune bemærker, at der er indarbejdet formulering omkring kurser/temadage samt undervisning i underretninger. Dette hilses velkommen og der er herfra et stort ønske om at deltage.	
	I forhold til formuleringen i bilag 4 omkring kontakt til Ankestyrelsen, er det vores holdning, at vi i en samarbejdsaftale netop skal sikre og indgå aftale om, at vi i første omgang forsøger tværfaglige drøftelser mhp tværfaglige løsninger. Ekstra kommentar: Herudover synes jeg man kan henvise til beredskabsplanen og definitionen heri	Dette er rettet i aftalen: " *Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.*"
Familieambulatoriet, RSD	**Formålet med aftalen** *Det tværfaglige fællesskab definerer udgangspunktet og fokus for indsatsen, hvor begreber som sårbarhed og udsathed afklares.* Hvad betyder det?	Sætningen er omformuleret, hvilket forhåbentligt gør den mere klar i sin betydning.
	Denne samarbejdsaftale sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og barselspleje (myndighedsområdet for børn og familier, praktiserende læge, sundhedspleje, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit) Svangeromsorgen rummer andre end jordemødre -	Sætningen er præciseret i aftalen.
	Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv.	
	Det psykiatriske – så jeg foreslår, at psykiatrien inddrages. På OUH har vi i adskillige år 1 gang om måned afholdt et Mor/ barn psykiatrimøde, hvor	Psykiatrien involveres i

	relevante samarbejdspartnere fra forskellige psykiatriske afsnit deltager. Andre steder i regionen er der også opstartet jævnlige møder med psykiatrien. Dette bør inddrages og styrkes i samarbejdsaftalen.	forbindelse med den kommende Samarbejdsaftale om Familieambulatoriet Plus.
	Hvad betyder ”Barnets tarv”	Barnets tarv = behov, trivsel.
	Baggrund *Der har ikke tidligere mellem de forskellige kommuner, samt mellem kommuner og fødesteder, eksisteret en aftale om, hvilke oplysninger en kommunal myndighed kan anmode om fra fødestederne..*	
	Og det er stadig en udfordring….udover at vi har aftalt at det kun er journalførte oplysninger, som kan udveksles – ikke arten eller kvaliteten heraf. Det er heller ikke afklaret, hvordan disse oplysninger eksempelvis skal udvælges.	Denne aftale vil forhåbentlig kunne afhjælpe de udfordringer, der er set tidligere.
	Tavshedspligt… *Medarbejdere der arbejder under sundhedsloven har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra patienten. Det er den enkelte afdeling, der indhenter samtykke til relevante samarbejdsparter, dette kan ske både i situationer med og uden underretning.*	
	En Samtykkeerklæring skal være tydelig med hvilke oplysninger der udveksles, samt hvem vi udveksler oplysninger med.	Det er klart. Der skal selvfølgelig følges samme praksis omkring samtykke som hidtil.
	Man skal dog stadig forsøge at opnå samtykke eller som minimum orientere forældrene herom. Det skal ikke indsættes her, men reglerne for samtykke skal måske præsideres i bilag 4 (lovgivningen). Hvor længe gælder et samtykke, før der skal indhentes et nyt?	Sætningen er blevet i aftalen, for videre uddybning se bilag 4.
	Orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret. Og i henhold til hvilken lovgivning oplysningerne er videregivet, hvilke oplysninger og med hvilket formål? Og også gerne hvordan deres reaktion er herpå	Dette er blevet tilrettet i aftalen ” *Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret samt deres reaktion herpå. Desuden bør det fremgå af journalen, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning samt med hvilket formål”*

	Anmodning om oplysninger - Retssikkerhedsloven *Myndigheden kan forlange at andre offentlige myndigheder, herunder autoriserede sundhedspersoner, giver oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af sagen, herunder læge- og sygehusjournaler. Dette kan ske med eller uden samtykke for borgeren, jf. sundhedsloven og retssikkerhedsloven.* Tages videre til jurist. Så har kommunen vel opgave med at beskrive, på hvilket grundlag oplysningerne hentes? F.eks hvis det er i henhold retssikkerhedslovens § 11c. Sygehus personalet bør journalføre efter hvilken lovgivning oplysningerne er udleveret, ikke?	Dette er godkendt af en jurist.
	Underretningspligt… *Myndigheden skal kvittere for underretningen inden for 6 dage, samt orientere om, hvorvidt der er iværksat undersøgelse/foranstaltning og myndigheden kan orientere om type af foranstaltning.* Undersøges om det er skrevet et andet sted. Myndigheden skal indenfor 24 timer afgøre, hvorvidt underretningen giver anledning til at handle akut	Dette står ikke andre steder. Myndigheden har samme pligt som inden samarbejdsaftalen.
	Journalføringspligt *Patientjournalen skal indeholde optegnelser om hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.* I henhold til hvilken lovgivning –også når der ikke er samtykke fra vordende forældre	Det er i henhold til Journalføringspligten (som der står i overskriften) og godkendt af en jurist.

	Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb
	Afhængig af niveauinddeling under graviditet og hvorvidt der er etableret tværsektorielt samarbejde følger en gravid/barslende nedenstående flow
	• Der er ikke umiddelbar overensstemmelse mellem Fødeplanen og den revision, som i øjeblikket pågår af denne – og så grupperne i niveaudelingen i dette skema. For eks: Svære Psykologiske/psykiatriske problemer
	  o Fx depression, angst, ADHD, spiseforstyrrelser, borderline, PTSD
	• Sociale problemstillinger
	  o Alder < 18år
	  o Vold i familien
	  o Udsat for incest, voldtægt, tortur
	
	Vil vi forslå tilknyttes et niveau 4 forløb.
		Oversigten er revideret i aftalen.

	Måske skal man her henvise til Fødeplanen i stedet for at liste op flere steder uafhængigt af hinanden?	
	Kommunikation *Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med allerede journalførte oplysninger – der skal ikke konstrueres ny information på baggrund af anmodningen. Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale myndighed.* Mailadresse og samt modtager skal fremgå af alle anmodninger	Dette er rettet i aftalen til: *"Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale Familieafdeling (myndighed)"*
	Anmodning om oplysninger… *Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse – det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud eller efter en børnefaglig undersøgelse.* Kommunen vil anføre i henhold til hvilken lovhjemmel, de anmoder om oplysninger.	Selvfølgelig, dette gøres allerede.
	Myndigheden kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Hvad med samtykke til dette? Skal personalet orienteres om dette? Hvordan er det i forhold til andre patienter, som den kommunale fagperson kan få oplysninger om? Skal den kommunale fagperson underskrive en erklæring om tavshedspligt i forhold til andre oplysninger om andre patienter, som vedkommende kan få kendskab til?	Afsnittet er justeret i aftalen. *"Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonaltet skal på forhånd orienteres om dette."* Der skal ikke være samtykke, da der er tale om en §50 børneundersøgelse.
	Videndeling og kompetenceudvikling. *Parterne forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik vidensdeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Vidensdeling bør blandt andet omfatte undervisning i underretning til det sundhedsfaglige personale. Der kan med fordel udarbejdes fælles undervisningsmateriale der kan anvendes på alle fire sygehusenheder.* Vær tydelige på hvem, der skal hvad. Hvem skal stå for det? *Mindst en gang om året skal der afholdes et*	Afsnittet er omformuleret i aftalen til: *"Der opfordres til, at der mindst*

	kursus/temadag for parterne der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. For eksempel som led i SST bevilling – 1. gang 9/11 2017 – hvis vi tænker Familieambulatoriet Plus`s samarbejdsaftale ind også - -eller hvordan er det tænkt udlevet? *Der kan undervises i underretning på den regionale lægedag, for at byde ind i et allerede etableret forum med relevans for de praktiserende læger.* Er der plan for det? **Evaluering** *Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med henblik på at undersøge om aftalen er dækkende for fagpersonalet den henvender sig til. Det skal blandt andet evalueres, om skabelonen er anvendelig eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.* Hvordan skal det gøres? Og hvilken plan er der herfor? **Bilag 3 – Anmodning om oplysninger…** ***Afdelingens hovednummer*** Og sikker mailadresse ***Har forældrene givet samtykke til anmodningen*** Og hvis de ikke har? Så skal der stå i henhold til hvilken lovhjemmel oplysningerne for eks. § 11 c, når patienten *ikke* har afgivet et samtykke til udvekslingen. Ved samtykke: sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, jf. retssikkerhedslovens § 11 a. ***Der anmodes om flg. oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehus*** Samt til hvem, på hvilken måde oplysningerne skal sendes (for eksempel hvilken mailadresse etc. Der har været flere tilbagemeldinger på, at man gerne vil forebygge at oplysningerne for eksempel tilsendes en mailadresse, hvor modtager har ferie, er sygemeldt el lign. **Bilag 5 – Niveauinddeling…** *I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for*	*én gang om året afholdes kursus/temadag for parterne, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.*" Dette forløber som planlagt. Bilaget er blevet justeret.

	svangreomsorgen" af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer. Kan denne oversigt nå at blive tilrettet? Står netop for revision	*Følgende er tilføjet i aftalen: OBS: Nedenstående retningslinjer revideres i efteråret 2017, og der henvises til at finde nyeste retningslinjer gennem sst.dk*
Fredericia Kommune	I Familie og Børnesundhed hilser vi udkastet velkomment og synes generelt, at det er overskueligt at målgruppen er præcis samt at rollefordeling og ansvarsområder bliver ridset op, men synes at det sidste kan tydeliggøres. Det vil vi beskrive i det følgende ved at pege på sidetal, afsnit og linjer. **S. 4 i første afsnit**, fra *"Det tværfaglige fællesskab…"* det mener vi skal slettes. Vi mener det er opgaven der definerer hvem der har en opgave og hvilken indsats opgaven peger på og ikke vores tværfaglige fællesskab. **s.10 første afsnit**. Her er det ikke tydeligt, at det er praktiserende lægers ansvar at kategorisere de gravide indenfor svangreomsorgens 4 niveauer. Dette afsnit afsluttes med at EFTER at svangrepapirerne er sendt til sygehuset bliver de *"korrekt visiteret til…".* Det skal tydeligt fremgå her, at det er almen praksis der med kendskab til den gravides familieforhold og baggrund kategoriserer. **s.13 i sidste afsnit**, hilses det velkomment at myndighed har mulighed for at sende en kommunal fagperson. **s. 15 første afsnit anden kolonne**, hilses kurser og fælles temadag velkomne som opstart, men det vil koste mange ressourcer hvis det skal pågå flere gange årligt.	 Dette er slettet i aftalen. Dette er rettet i aftalen til: "*På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen.*"
Fælleskommunalt Sundhedssekr.	**Bilag 1** **Specifikke kommentarer** • **S. 4 i første afsnit**, fra *"Det tværfaglige fællesskab…"* foreslås slettet. Det bør være opgaven der definerer hvem der har en opgave og hvilken indsats opgaven peger på, og ikke vores tværfaglige fællesskab. • **Side 7, nederste afsnit – 5. linie – :"**men kun" kan med fordel slettes. Det signalerer en begrænsning, som ikke er relevant. • **Side 7, afsnit 6:** Følgende beskrives: "*Det er intentionen at kommunikere relevant information*	 Dette er slettet. Dette er slettet.

	angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels-/ og barselsafsnit om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel". Kommunerne ønsker, at "sundhedsplejen" tilføjes i denne sammenhæng, da det er vigtigt, at begge parter får den samme information på samme tid.	"Sundhedsplejen" er tilføjet i det ønskede afsnit.
	• **Side 8 afsnit om Tavshedspligt:** Det er meget relevant at få præciseret, hvordan reglerne omkring tavshedspligten forholder sig. Det giver overblik og forståelse for faggruppernes udfordringer.	Se bilag 4 for yderligere uddybning.
	• **s.10 første afsnit**. Her er det ikke tydeligt, at det er praktiserende lægers ansvar at kategorisere de gravide indenfor svangreomsorgens 4 niveauer. Dette afsnit afsluttes med at EFTER at svangrepapirerne er sendt til sygehuset bliver de *"korrekt visiteret til…".* Det bør tydeligt fremgå her, at det er almen praksis der med kendskab til den gravides familieforhold og baggrund kategoriserer.	Dette er rettet i aftalen: "*På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen.*"
	• **Side 12, i afsnittet Myndighedsområdet:** *"Kommunen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk som allerede har viden om barnets og familiens forhold".* Kommunerne ønsker at der tilføjes "fagfolk både kommunale og regionale".	Er rettet til: "*Familieafdelingen skal som led i undersøgelsen inddrage fagfolk - uanset organisatorisk tilhørsforhold - som allerede har viden om barnets og familiens forhold*".
	• **Side 12, 4. afsnit**: Det fremgår ikke tydeligt, hvorfor dette afsnit er med, og hvad det bidrager med? • **s.13 i sidste afsnit**: Det er positivt, at myndighed har mulighed for at sende en kommunal fagperson.	Dette er et forklarende afsnit om baggrunden for vigtigheden af samarbejdsaftalen.
	• **Side 15, videndeling og kompetenceniveau:** Det er en god idé, at der afholdes en årlig temadag for parterne, som er involveret i samarbejdsaftalen. Det fremgår ikke af samarbejdsaftalen, hvem der har ansvaret for, at temadagen afholdes, og kommunerne anbefaler, at ansvaret for dette afklares.	Dette er præciseret i aftalen: " *Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.*"
	• **Side 18, øverst:** Kan skemaet hedde:	

	”Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset; herunder fødselshandleplan”? Som vi læser det, så vil fødselshandleplanen være en del af dette skema – under rubrikken ”aftaler i forbindelse med fødsel og barsel” – det vil være godt at signalere i overskriften også. • **s. 21 bilag 4, sidste afsnit i første kolonne** der begynder med *”Hvis fagpersoner har grund til at antage …”* Hele dette afsnit vil vi foreslå bliver slettet, da det er en samarbejdsaftale – så vi undrer os over, at det er nødvendigt at påpege, hvor man kan rejse klager over andre faggrupper i en samarbejdsaftale. Såfremt der er noget der ikke fungerer, bør de fagprofessionelle i første omgang kontakte hinanden og drøfte den undren de har.	Skemaets titel er ændret til: *”Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset”* Afsnittet er ikke slettet, men omformuleret. (Se evt. kommentar ovenfor)
Faaborg-Midtfyn Kommune	På side 3: *" Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere.* " Dette foreslås ændret til: "myndighedssagsbehandler er ansvarlig for at kommunikere... " *"Modtager på fødestedet har ansvaret for at få dette journalført"* Dette ændres til: "Modtager er ifølge loven forpligtet til at få deres viden journalført. " På side 5: "I *Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder at ca. halvdelen af de fødende udskrives*	Dette er ændret til: ”*Sagsbehandler i Familieafdelingen (myndighed) har ansvaret for, at den konkrete handleplan bliver udformet og er klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels-/ og barselsafsnit samt sundhedsplejen om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.”* Dette er ændret til: ” *Modtager på fødestedet er ifølge loven forpligtiget til at journalføre denne viden…*”

	indenfor 24 timer. *Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme myndigheds ønske om indlæggelse efter fødsel, og det socialfaglige element indgår i den samlede faglige vurdering af behandlingen. Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene p& bag-grund af socialfaglige omstændigheder.* " Meget problematisk formulering: hvordan kan man som kommune planlægge en indsats for den sårbare familie på dette grundlag? Det giver anledning til stor usikkerhed, hvis myndighed ikke på forhånd kan lave den slags aftaler med sygehuset. Det bliver svært at lave en handle- plan, der tilgodese den sårbare familie, hvis ikke sygehuset kan støtte op i samarbejdet.	Afsnittet er omskrevet så følgende er tilføjet: "*Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.*"
	På side 7: *"Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltnin- gen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjene- ste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe"* Der er meget store kommunale forskelle for praksis på dette område, hvor dette afsnit bør slettes.	Afsnittet er ikke slettet med omskrevet: *" Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe. Som supplement eller erstatning herfor er det muligt at benytte § 11 i Serviceloven."*
	"Kommunen undersøger de vordendes forhold nærmere, hvis det m& antages at der kan opstået behov for særlig støtte til familien efter fødslen" Dette foreslås ændret til:" ..efter at have modtaget en underretning undersøger myndigheds- området de vordendes forældres..... "	Dette er ændret til: " *Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen*"
	"Kommunen er forpligtet til at ....."	Dette er ændret til:

	Dette foreslås ændret til: "Myndighedsområdet er forpligtet til..."	”*Familieafdelingen er forpligtiget til at udarbejde…*”
Haderslev Kommune	**Høringssvar til samarbejdsaftalen vedrørende sårbare gravide, fra Haderslev Kommune** I Haderslev Kommune hilser vi udkastet velkomment og synes generelt det er et på alle måder strukturet og gennemarbejdet materiale, der giver et godt overblik over fagrollefordeling og ansvarsområder. Det særligt positive: • At der nu er beskrevet hvilke oplysninger en kommunal myndighed kan forvente at anmode om, og hvordan det skal foregå • Det er præciseret hvilke observationer plejepersonalet er i stand til at foretage • At det er præciseret at myndighed fra kommunerne kan sende en kommunal fagperson, der kan lave de for kommunen nødvendige observationer • At det præciseres hvordan ansvar og opgaver fordeles mellem praktiserende læge, sygehuset og kommunen. Opmærksomhedspunkter: • Det er vigtigt med en præcisering af de praktiserende lægers rolle i den grundige niveau bestemmelse af de gravide, da de har det største kendskab til den gravide, og der hermed kan sættes ind med hurtig ”tidlig indsats” for niveau 3 og 4 gravide	Dette er rettet: ”*På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen.*”
	• Der opfordres til at forbeholdet, på side 10 med overskriften: ”Sygehusets ansvar og opgave”: *”Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene på baggrund af socialfaglige omstændigheder*”, gennemtænkes og beskrives nøje, da netop en indlæggelse på baggrund af socialfaglige omstændigheder er en af styrkerne i samarbejdsaftalen.	Afsnittet er omskrevet så følgende er tilføjet: ”*Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.*”
	• Kompetenceudvikling for fagpersoner kan med fordel udbydes på tværs af region og kommune, så der dannes grundlag for fælles sprog og ikke mindst mulighed for vidensdeling. Fint at der estimeres med én gang årligt.	

Middelfart Kommune	**Underretningspligt og skærpet…** ”Dette gælder blandt andet praktiserende læge, jordemoder” og syge-og sundhedsplejerske, **Den praktiserende læges ansvar og opgave** *”Disse sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5).”* Hvem er det der har ansvaret? Læge eller sygehuset? Det fremgår ikke tydeligt.	Dette er tilrettet i aftalen: ”*Dette gælder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske…*” Dette er rettet i aftalen til: ”*På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen. Svangrepapirene sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5). Visitationen på sygehuset kan supplere og justere niveauinddelingen ved behov.*”
Svendborg Kommune	**Høringssvar på "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide "** Svendborg Kommune takker for høringsudkastet til samarbejdsaftalen vedrørende sårbare gravide. Svendborg Kommune tilslutter sig det fælleskommunale høringssvar til samarbejdsaftalen, og finder overordnet set samarbejdsaftalen gennemarbejdet og præcis. Svendborg Kommune finder det særligt godt, at opgave- og ansvarsfordelingen mellem primær og sekundær sundhedssektor er præciseret. Kommunen finder det positivt, at det forventes, at man *søger fælles løsninger, at alle parter er forpligtiget til at tage initiativ og til at samarbejde, og at alle parter samarbejder om at skabe en hurtig og grundig proces.* Svendborg Kommune ser samarbejdsaftalen som et godt værktøj med vejledning til et godt tværfagligt og tværsektorielt samarbejdet på området. Svendborg Kommune har derudover følgende specifikke bemærkninger: *(sidetal refererer til pdf-version)* Side 10, andet afsnit under Sygehusets ansvar og opgave: Det kunne med fordel præciseres, at	Dette er ændret til: ”*Jordemoder sender besked til*

	jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje *så tidligt som muligt* i graviditeten (omkring uge 14-21, hvor den første jordemoderkontakt ligger). Side 11, oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivningsforløb, niveau 3: Det vækker undren, at der stilles spørgsmål til om der er etableret tværsektorielt samarbejde, da overskriften for niveau 3 samt den efterfølgende opremsning af hvem niveau 3 omfatter, indikerer, at det involverer tværfagligt/tværsektorielt samarbejde.	*den kommunale sundhedspleje så tidligt som muligt, gerne ved første jordmoderkontakt, hvis der er behov for besøg under graviditeten*" Oversigten er justeret.
Sydvestjysk Sygehus	Side 9 mangler der et S i ordet : Såfremt i den sidste linje. Side 16: U.t navn: Tina Vedstesen socialrådgiver Børne og Ungeafdelingen, Mor Barn Centret, Familieambulatoriet Sydvestjysk Sygehus Side 16: Marianne Bang Konst. Distrikteleder, Familierådgivningen Esbjerg kommune.	Er rettet. Er tilrettet i oversigten over arbejdsgruppens medlemmer.
Sygehus Lillebælt	Både udkast til samarbejdsaftalen og skemaet er let forståeligt, brugbart og kommer til at bidrage til det fortsatte positive samarbejde. Dog enkelte kommentarer til rapport og skema: - I selve skemaet bliver der i høj grad brug for et felt, hvor myndighed udfylder ***dato for anmodningens afsendelse***. Dette af hensyn til de graviditeter, hvor vi modtager flere anmodninger løbende. - På side 8 bruges ordet "***afvist"***, i forbindelse med afsnittet om fortsat bekymring. Dette ordvalg er i min optik negativt og misvisende, da underretninger ikke "afvises". Samarbejdsaftalens formål er at styrke samarbejdet, samt etablere samarbejdsplatforme med fælles forståelse for hinandens faglige vinkler, samt arbejdsopgaver. Afsnittet kan med fordel omformuleres. - På s. 12, under "***Sundhedsplejen"***, noteres at kommunen tilbyder graviditetsbesøg til alle med særlige behov, herunder socialt sårbare og udsatte kvinder. Dette er mig bekendt ikke korrekt i praksis. 2. afsnit er derimod mere åbent for at kommunerne har forskellige tilbud, hvorfor 1. og 2. afsnit kan tolkes som værende modsigende.	Dette er tilføjet i skabelonen. Dette er omformuleret: "*Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye, bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning ikke har ført til videre sagsbehandling i kommunen.*" Afsnittet er ændret: "*Sundhedsplejersken tilrettelægger sine sundhedsfremmende og forebyggende ydelser, så gravide og børn med særlige behov tilgodeses med ekstra besøg ved behov. Herunder tilrettelægges indsatsen*

	- Af hensyn til samarbejdet, i forbindelse med de frivillige anbringelser fra fødegangene, foreslår jeg, at man i samarbejdsaftalen noterer at myndighedsrådgiver – med fordel – kan tage stilling til følgende aspekter, ud over indholdet i den aftalte skabelon: (Nedenstående omformuleres selvfølgelig på skrift, men er uhyre væsentlige faktorer for ***"De gode anbringelser",*** samt inddragelsen af familien, når myndighed bedes tage stilling)	*således, at den søger at udligne ulighed i sundhed.*" Nogle af disse forslag er medtaget i skemaet.

Hvem skal kontaktes og hvornår, hvis muligt:	*(Her noteres rækkefølgen af "Telefonkæden" samt telefonnumre)* Socialforvaltningen kontakter plejefamilien.
Samværslængde umiddelbart efter fødslen:	*(Her noteres aftalen med forældremyndighed, hvor der tages hensyn til at der efter en fødsel bruges tid på behandling, børneundersøgelser og evt. opvågning efter narkose.)*
Tilstedeværende under samværet:	*(Her noteres om familien må være alene med barnet umiddelbart efter fødslen samt under efterfølgende samvær. - eller hvem der deltager)*
Ønsker mor at amme:	Personalet på afdelingen kan rådgive biologisk mor om aspekterne ift. amning under samværet umiddelbart efter fødslen.
Overgangsobjekt til barnet:	*(Her noteres eventuelle aftaler med mor om et medbragt tæppe til barnet eller en bluse der dufter af biologisk mor)*
Overdragelsen til plejefamilie:	*(Her noteres omstændighederne for overdragelsen til plejefamilien.* *- Overdrager*

		socialrådgiver barnet fra biologiske forældre til plejefamilien? - *Overdrages barnet af biologiske forældre til plejefamilien?* - *Overdrages barnet af en 3. part, som biologiske forældre f.eks. er trygge ved?)* Personalet på afdelingen indgår ikke i den praktiske overdragelse af barnet.	
	Hvem skal være indlagt med barnet hvis det får behov for en længere indlæggelse:	*(Plejefamiliens kontaktoplysninger skal ikke stå i Fødselshandleplanen)* Socialforvaltningen er ansvarlig for aktuelt samtykke til behandling /opfølgning af barnet, fra forældremyndighedsindehaverne, hvilket årligt fornyes.	
	Samværsaftaler såfremt både biologisk mor og barn har behov for indlæggelse efter fødslen:	*(Her noteres omfanget af samvær i barnets første leveuger)* Personalet på afdelingen indgår ikke i forventningsafstemningen ift. samvær mellem biologiske forældre og barn, hvorfor samværet planlægges af Socialforvaltningen før fødslen.	
	Aftaler under indlæggelsen	*(Her kan beskrives hvorvidt sundhedsplejerske og/eller familiekonsulenter samarbejder med familien under den eventuelle indlæggelse efter fødslen.)* Fagpersoner orienterer personalet ved besøg på afdelingen. Såfremt der udarbejdes en fast plan for besøg af fagpersoner under indlæggelse, udleveres denne til personalet.	

Sygehus Sønderjylland	Der er, fra Kvindesygdomme og fødsler på Sygehus Sønderjylland, ingen kommentarer til Tværsektoriel samarbejdsaftale om sårbare gravide til høring, andet end, at det er en fin præcisering af, hvordan samarbejdet bør foregå og med fornuftige justeringer ift. nuværende praksis.	
Varde Kommune	Varde 30.8. 2017 Høringssvar til samarbejdsaftalen vedrørende sårbare gravide, fra Børn og familie, Varde Kommune I Børn og Familie oplever vi som udgangspunkt udkastet som overskueligt og lettilgængeligt. Der er en fin tydelighed omkring rollefordeling og ansvarsområder. Børn og Familie har dog nogle punkter hvor der kunne ønskes justeringer og præcisering af udkastet. Dette beskrevet i nedenstående. Side 3, afsnit 3. Jf. bilag 4 (juridisk notat), er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bliver bekymret for et kommende barns trivsel. Dette gøres af alle fagpersoner, gerne tidligt i et forløb, men kun når der er kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold. Dette gør sig ikke kun gældende ift. barnet umiddelbart efter fødsel, men også under graviditeten. Side 4, andet afsnit under boks. *Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, <u>også hvis den første underretning er blevet afvist</u>.* Det erstattes af, ”hvis ikke den har ført til videre sagsbehandling i kommunen”. Side 6, boks niveau 3. Meget uklart hvad ”*gravide, der er uønskede”* betyder. Dette kan erstattes/uddybes. Side 8, andet afsnit. *Der er flere indgange til kommunen, alt efter om der er*	Det gør sig selvfølgeligt også glædende for barnet i fostertilstanden, men grundet konteksten afsnittet er skrevet i, er denne rettelse ikke medtaget. Dette afsnit er omformuleret til: ”*Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye, bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning ikke har ført til videre sagsbehandling i kommunen.*” Dette er omformuleret og tydeliggjort.

	tale om sundhedsplejen eller de sociale myndigheder. Tilsvarende vil der være forskellige indgange til sygehusene, alt efter om der er tale om graviditet, fødsel eller barsel. Dette understreger vigtigheden af, at der i de enkelte forløb er let tilgængelig og tydelig kontaktinformationer på involverede parter. I forbindelse med kategori 3 og 4 ønsker vi 1 fælles indgang i regionen på samme måde, som regionen ønsker en fælles indgang i den enkelte kommune.	Der er fortsat specifikke indgange til regionen, ligesom der er i denne samarbejdsaftale er specifikke indgange til kommunen.
	Side 9, afsnit 10 *Mindst* en gang om året skal der afholdes et kursus/temadag for parterne der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Tydeliggøres hvem der har ansvaret for dette (Gerne Regionen)	Dette er præciseret i aftalen: " *Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.*"
	Side 9, afsnit 12 **Evaluering** *Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med henblik på at undersøge om aftalen er dækkende for fagpersonalet den henvender sig til. Det skal blandt andet evalueres, om skabelonen er anvendelig eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.* Vi mener at evaluering i 2018 ligger meget tidligt og kunne udskydes til 2019.	Evalueringen forløber som planlagt.

Oversigt over høringssvar, der ikke har medført rettelser m.v. samt argumenterne herfor

Blå overstregninger: Sætninger eller afsnit i samarbejdsaftalen, der giver anledning til kommentarer fra høringsparten.

Kursiv: Kommentarer til samarbejdsaftalen fra høringsparten.

Afsender	Indhold af høringssvar	Svar til kommentar
Assens Kommune	"Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivningsforløb" *Her kunne man præcisere ansvarsplacering og praksis for overlevering (sektorovergange)*	Skemaet er udformet for at give et overskuelig overblik over niveauinddelingen. Ansvarsplacering og overlevering er ikke tiltænkt i dette skema for overskuelighedens skyld.
Esbjerg Kommune	I forhold til udarbejdelse af socialfaglig handleplan er det utydeligt, hvad forventningen er, idet det alene beskrives, at der er en intention om, at den konkrete handleplan skal foreligge i god tid. Der er fra Sundhedsplejen et ønske om at have aftalte deadlines i fht. dette – velvidende at der kan forekomme akutsager, som gør det vanskeligt at overholde faste deadlines. Her må vi som samarbejdspartnere sørge for at være i dialog med hinanden. *I forhold til bilag 3: anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset. Det er Esbjerg kommunes holdning, at der skal være et tilsvarende skema til anvendelse, når der skal gives oplysninger fra sygehus til kommune.* *Det bør desuden indarbejdes, at sundhedsstyrelsens anbefalinger i svangreomsorgen SST, Sundhedsstyrelsen, peger på, at hospitalspersonalet skal observere, hvorvidt forældrene kan identificere barnets behov for mad, trøst og omsorg, da det vil være afgørende for den indsats sundhedsplejerske og socialrådgiver skal tilrettelægge.*	Dette har været drøftet i arbejdsgruppen tidligere. Det er desværre ikke muligt at imødekomme ønsket om at fastsætte deadlines, netop grundet akutte sager. Derfor må devisen som hidtil forgå efter "så hurtigt som muligt". Det er den gravide/moderens journal/dele af journalen (afhængig af anmodning) der skal sendes fra sygehus til kommune. Sundhedsstyrelsen anbefalinger er møntet på Sundhedsplejen der har mere tid til denne opgave. Det kan ikke honoreres af Barselspersonalet.
Familieambulatoriet, RSD	"det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv" *Hvad betyder det?* *Kommentar til "sundhedsfaglig: det psykiatriske – så jeg foreslår, at psykiatrien inddrages. På OUH har vi i adskillige år 1 gang om måned afholdt et Mor/ barn psykiatrimøde, hvor relevante samarbejdspartnere fra forskellige psykiatriske afsnit deltager. Andre*	Barnets tarv = behov, trivsel. Psykiatrien involveres i forbindelse med den kommende Samarbejdsaftale om

	steder i regionen er der også opstartet jævnlige møder med psykiatrien. Dette bør inddrages og styrkes i samarbejdsaftalen. Tavshedspligt og samtykke**:** Det er den enkelte afdeling, der indhenter samtykke til relevante samarbejdsparter, dette kan ske både i situationer med og uden underretning. *En Samtykkeerklæring skal være tydelig med hvilke oplysninger der udveksles, samt hvem vi udveksler oplysninger med* Videregivelse af information uden samtykke kan ske når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. *I henhold til hvilken lovgivning?* Fælles ansvar og opgaver på tværs Der opfordres til at søge fælles løsninger. Alle parter er forpligtet til at tage initiativ til yderligere kommunikation (pr. mail og telefon) ved behov, med henblik på at undgå misforståelser. *Såfremt der er samtykke og/ eller lovhjemmel til det* I det lokale samarbejde udveksles relevante kontaktinformationer *eller* i hvert patientforløb aftales det indledningsvist, hvilken kontaktform, der benyttes. *Dette skal fremgå af samtykke erklæringen, I tilfælde af ikke samtykke, skal myndigheden indhente og behandle oplysninger efter henvisning til lovhjemmel* Myndigheden kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Hvad med samtykke til dette? Skal personalet orienteres om dette? Hvordan er det i forhold til andre patienter, som den kommunale fagperson kan få oplysninger om? *Skal den kommunale fagperson underskrive en erklæring om tavshedspligt i forhold til andre oplysninger om andre patienter, som vedkommende kan få kendskab til?*	Familieambulatoriet Plus. Det er klart. Der skal selvfølgelig følges samme praksis omkring samtykke som hidtil. Sundhedsloven – det står i overskriften. Der skal samtykke til alting. Dette er beskrevet i samtykkeafsnittet, og skal ikke gentages hver gang der skal samarbejdes. Det er ikke i samtykkeerklæringen af det aftalen om der kommunikeres via journalsystem/på mail eller telefonisk med de forskellige afdelinger. Dette skal aftales lokalt. Der skal ikke være samtykke, da der er tale om en §50 børneundersøgelse.
Fredericia Kommune	s. 18, bilag 3 nederst. *Her er et forslag til præcisering af observationer på sygehuset*. f.eks. sv.t. sundhedsstyrelsens anbefalinger for sundhedsplejersker hvor der står: *".. kan forældrene identificere barnets behov for*	Sundhedsstyrelsen anbefalinger er møntet på Sundhedsplejen der har mere tid til denne opgave.

	mad, trøst og omsorg. Anbefalinger i svangreomsorgen, SST, s. 180 s. 21 bilag 4, sidste afsnit i første kolonne der begynder med *"Hvis fagpersoner har grund til at antage …"* Hele dette afsnit vil vi foreslå bliver slettet, da det er en samarbejdsaftale – så vi undrer os over, at det er nødvendigt at påpege, hvor man kan rejse klager over andre faggrupper i en samarbejdsaftale. Såfremt der er noget der ikke fungerer, bør de fagprofessionelle kontakte hinanden og drøfte den undren de har.	Det kan ikke honoreres af Barselspersonalet. Afsnittet kan ikke slettes, men er blevet omformuleret.
Fælleskommunalt Sundhedssekr.	Side 4 nederste afsnit: *Der kunne med fordel fremgå følgende:* *"Fra fødestedernes side har der været eksempler på, at fødestedet ikke ønsker at udtale sig eller udlevere information til myndighed af hensyn til samarbejdet med forældrene (behandlingsalliancen med forældrene). Det ser vi nemlig desværre stadig.* Side 10 afsnit, Den praktiserende læge: *"være andre veje ind i svangreomsorgen, eksempelvis via kommunal behandlingsenhed".* *Kommunerne ønsker at "Sundhedsplejen" tilføjes dette afsnit.* Side 12, afsnittet om Sundhedsplejen: *Det beskrives, at gravide med særlige behov oftest vil være i kontakt med sundhedsplejersken allerede i graviditeten – men det beskrives ikke, hvordan denne kontakt er opstået. Kommunerne foreslår, at det fremgår, at jordemødrene har en forpligtelse til at sikre, at sundhedsplejersken bliver informeret, når der er tale om en gravid med særlige behov (herunder gravide i familieambulatoriet, som er niveau 4).* Side 12 andet afsnit (fælles ansvar og opgaver på tværs) *Her kunne med fordel tilføjes følgende:* *Myndighedsrådgiver kan efter behov anmode om deltagelse i udskrivningsmødet. Sygehuset indkalder til udskrivningsmødet, og rådgiver er mødeleder. Sundhedsplejen og eventuelle støttepersoner, der skal komme i familiens hjem efter udskrivning, kan med fordel deltage.*	Det omtalte afsnit omhandler baggrunden for hvorfor en tværfaglig samarbejdsaftale netop vil være en styrke fremadrettet. Disse eksempler der desværre stadig ses, skulle gerne afhjælpes med samarbejdsaftalen. Den kommunale behandlingsenhed er blot et eksempel på flere forskellige indgange til svangreomsorgen. At liste alle mulige veje vægtes ikke i denne sammenhæng. Dette står beskrevet i afsnittet omhandlende Sygehusets ansvarsområde på s. 10. Dette bliver for specifikt. Afsnittet er skrevet generelt, og hvis vi skriver om udskrivningssamtalen ville vi også skulle dække alle de andre typer af møder på tværs.
Faaborg-Midtfyn Kommune	"…at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne"	Det er korrekt er der er skærpet underretningspligt.

	Ifølge lovgivningen har sundhedspersonalet en skærpet underretningspligt - og er derfor forpligtet til at videregive oplysninger, der kan have betydning for det nyfødte barns trivsel.	Dog er sygehuset ikke forpligtet til at afsætte ekstra ressourcer på barselsgangen til at foretage mor-barn observationer og vurdering af forældreevne. Det er to forskellige situationer.
Haderslev Kommune	*Samarbejdsaftalens opfølgning, kunne med fordel efter evalueringen i 2018, lægges over i regi af Følgegruppen for fødeplanen.*	Opfølgning på samarbejdsaftalen bliver umiddelbart hvor den hidtil har været tiltænkt.
Middelfart Kommune	Den praktiserende læges ansvar… "Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes der om der er baggrund for en underretning." *Bør det ikke altid være en information, et journal notat der noteres?* Sygehusets ansvar og opgave: Jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje om forventet fødsel. Jordemoder sender besked til den kommunale sundhedspleje, hvis der er behov for besøg under graviditeten *Ved niveau 3 og 4 bør familierne altid tilbydes et graviditetesbesøg af sundhedsplejersken da det har stort betydning for samarbejdet om barn og familie* Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb. *Skal der ved niveau 3 altid være en myndighedssag hvis de skal blive på fødselsstedet?* *Kunne ønske at der tænkes mere forbyggende og at sygehuset tog ansvar for om der er problemstillinger der var afgørende for udskrivelse.*	Jo, enhver der sender en underretning jounalfører dette i eget system, men det er en "egen arbejdsgang" ikke en samarbejdsforpligtelse, og skrives derfor ikke ind i samarbejdsaftalen. Dette er individuelt for de forskellige kommuner, og kan ikke sættes som fast kriterie. En myndighedsskag betyder ikke nødvendigvis de bliver på sygehuset. Sygehuset tager i alle tilfælde udgangspunkt i fødestedets procedurer for ambulant fødsel, og ved myndighedssag *også* til socialfaglig handleplan.
Sygehus Lillebælt	I samarbejdsaftalen, s. 7, *kan der med fordel noteres, at de socialfaglige handleplaner, vil kunne udarbejdes så snart myndighed er afklaret med, om der bliver behov for at blive kontaktet i forbindelse med fødslen. Dette af hensyn til de mange myndighedsrådgivere, der venter med at anmode om noget, til de er 100% afklarede med hvilken støtteforanstaltning, der bliver tale om efter fødslen. Hvis vi åbner op for at myndighedsrådgiver, i visse situationer, kan sende*	Det er desværre ikke muligt at imødekomme ønsket om at fastsætte deadlines. Derfor må devisen som hidtil forgå efter "så hurtigt som muligt".

	sygehuset en "midlertidig anmodning", f.eks. 10 uger før termin, så sikrer vi at vi i det mindste kender til samarbejdet med Familierådgivningen, samt sagens omfang. Vi kommer alligevel aldrig til at undgå, at vi i ville i visse sager kommer til at modtage mere end 1 anmodning, da situationen ændrer sig løbende. På denne vis kan myndighed ligeledes give sig god tid til at samarbejde videre med familien resten af graviditeten, da de kan store på at de som minimum bliver kontaktet i forbindelse med fødslen, mv. Vigtigst af alt, så opfordrer vi på denne vis til, at familierne i god tid før termin, bliver inddraget i planlægningen af dagene efter fødslen.	
Varde Kommune	*I forbindelse med kategori 3 og 4 ønsker vi 1 fælles indgang i regionen på samme måde, som regionen ønsker en fælles indgang i den enkelte kommune.* Side 9, afsnit 12 **Evaluering:** Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med henblik på at undersøge om aftalen er dækkende for fagpersonalet den henvender sig til. Det skal blandt andet evalueres, om skabelonen er anvendelig eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis. *Vi mener at evaluering i 2018 ligger meget tidligt og kunne udskydes til 2019.*	Der er fortsat specifikke indgange til regionen, ligesom der er i denne samarbejdsaftale er specifikke indgange til kommunen. Evalueringen forløber som planlagt.

Tværsektoriel vejledning

Utilsigtede hændelser i sektorovergange

Indhold

MÅLGRUPPE FOR VEJLEDNINGEN 2
VEJLEDNINGENS MÅL ER AT 2
SUNDHEDSAFTALEN 2015-2018 2
PATIENTERNES SIKKERHED OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER I SEKTOROVERGANGE 3
DEFINITIONER OG BEGREBER 3
ARBEJDSGANG VEDRØRENDE TVÆRSEKTORIELLE HÆNDELSER .. 4
OPFØLGNING I DE LOKALE SAMORDNINGSFORA 6
OPFØLGNING I LEDELSESSTRENGEN 6
REFERENCER 6

MÅLGRUPPE FOR VEJLEDNINGEN

Initialmodtagere af utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), sagsbehandlere/sagsejere, riskmanagere og andre, der deltager i opfølgning på utilsigtede hændelser.

VEJLEDNINGENS MÅL ER AT

- Læring og forbedringer skal foregå i et samarbejde mellem sektorerne
- Sikre en systematisk videndeling, opfølgning og læring af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange
- Understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om utilsigtede hændelser og dermed skabe en systematisk læring af utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorerne
- Understøtte den kvalitetsudvikling, som finder sted i sundhedsvæsenet, og udviklingen af et miljø, hvor det er muligt for personalet at håndtere utilsigtede hændelser og drage læring heraf

SUNDHEDSAFTALEN 2015-2018

Sundhedsaftalen er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis.

Grundaftalen for Sundhedsaftalerne for 2015-18 omfatter samarbejdet om kvalitet på tværs af sektorer og herunder patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i sektorovergange. (1)

Patienternes sikkerhed er et centralt aspekt ved tilrettelæggelsen og udførelsen af aktiviteterne i forbindelse med patientforløb på tværs af sektorerne.

Arbejde med patienternes sikkerhed handler om mere end at begrænse omfanget af fejl og skader. Hovedvægten i arbejdet med patienternes sikkerhed og rapporterede utilsigtede hændelser retter sig mod læring i organisationerne. Læringen på tværs styrkes ved at supplere med viden opnået på anden måde end gennem de utilsigtede hændelser, f.eks. gennem sikkerhedsrunderinger, gennem risikovurderinger af de daglige rutiner i sektorovergangene og vurderinger af om aftaler mellem sektorerne fungerer, som planlagt.

Rapporterede hændelser kan være eksempler på situationer, hvor aftalerne eller indsatserne måske ikke har fungeret efter hensigten. Parterne er enige om, at opfølgning på rapporterede utilsigtede hændelser som udgangspunkt sker i de fora, hvor der i forvejen arbejdes med området, og indgår som én af

flere datakilder i overvågningen og opfølgningen.

Region Syddanmark, kommunerne og almen praksis forpligter sig til at medvirke i fælles risikovurderinger, blandt andet med henblik på at beskrive sandsynlige patientsikkerhedsmæssige konsekvenser ved ændringer i opgavevaretagelsen.

Denne vejledning er udarbejdet for at understøtte samarbejdet om rapporterede utilsigtede hændelser i sektorovergange. Vejledningen er gældende for alle samarbejdspartner indenfor sundhedsområdet i regionen, herunder især de somatiske og psykiatriske sygehuse, de 22 kommuner og de praktiserende læger (1).

PATIENTERNES SIKKERHED OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER I SEKTOROVERGANGE

Utilsigtede hændelser

»Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelses med sundhedsfaglig virksomhed. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende ('nær-ved-hændelser')« (2,3, 4)

Formålet med rapportering af utilsigtede hændelser(UTH) er at skabe læring.

Arbejdet med UTH retter sig ikke mod fejlfinding i relation til enkeltpersoner, men mod fejl i komplekse systemer, hvoraf der kan drages læring.

DEFINITIONER OG BEGREBER

Sektorovergange

Ved sektorovergange forstås her dels patientens overgang mellem kommunalt og regionalt opgaveansvar, dels overgang mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, da det regionale opgaveansvar både dækker primærområdet (f.eks. almen praksis, speciallæger, tandlæger, terapeuter m.m.) og sekundærområdet (sygehuse).

Utilsigtede hændelser i sektorovergange

Utilsigtede hændelser i sektorovergange benævnes tværsektorielle hændelser og omfatter de hændelser, der opstår i patientforløb, hvor én eller flere sektorer er involverede.

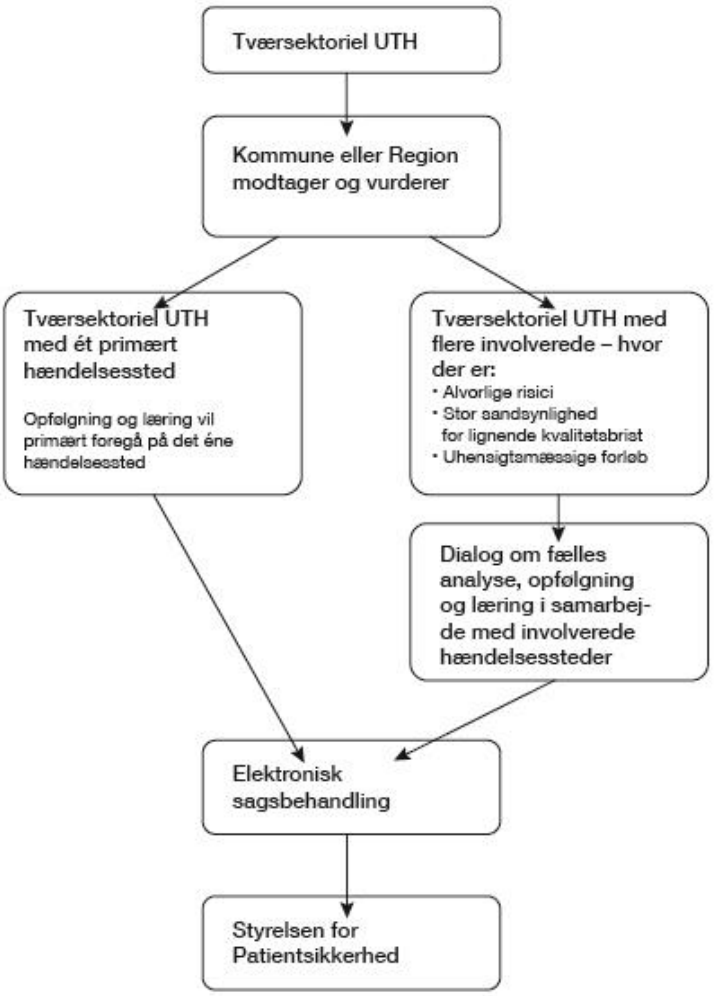
- Eksempler på tværsektorielle hændelser kan læses her

Læring

Læring af hændelserne skal primært finde sted i den faglige ramme, hvor de fandt sted, og dernæst formidles til relevante dele af organisationen og evt. andre områder i sundhedsvæsenet, så det kan sikre læring af mere generel karakter. Dette foregår ved at afdække mønstre og tendenser på tværs af de rapporterede hændelser.

ARBEJDSGANG VEDRØRENDE TVÆRSEKTORIELLE HÆNDELSER

Figur 1. SAGSBEHANDLING AF TVÆRSEKTORIELLE UTILSIGTEDE HÆNDELSER



UTH med ét primært hændelsessted:

Patientforløb, hvor der er flere sektorer involverede, men opfølgning og læring foregår primært på det éne hændelsessted (går direkte videre til lokal sagsbehandling).

- Sagsopfølgningen dokumenteres i databasen.
- Hændelsen markeres i DPSD med "Tværsektoriel hændelse"
- Vurdering af formidling af læring og forbedringstiltag til involverede parter

UTH med flere involverede hændelsessteder, hvor der er:

Alvorlige patientsikkerhedsmæssige risici, stor sandsynlighed for lignende kvalitetsbrist eller uhensigtsmæssigt patientforløb.

- Fører til dialog om fælles analyse opfølgning og læring i samarbejde med de involverede parter
- Den sagsbehandler, der modtager hændelsen i DPSD, er ansvarlig for at oprette kontakt til andre involverede parter og vurdere hvem, der skal indkaldes

- Sagsopfølgningen dokumenteres i databasen.
- Hændelsen markeres i DPSD med "Tværsektoriel hændelse"
- Fælles vurdering af formidling af læring og forbedringstiltag til involverede parter

Kontaktoplysninger

- Risikomanager på sygehuse og i psykiatrien – klik her
- Risikomanager i kommunerne - klik her
- Risikomanager inden for praksissektor, apotek og præhospital – klik her

OPFØLGNING I DE LOKALE SAMORDNINGSFORA

Det er de enkelte lokale samordningsfora og psykiatriske samordningsfora (SOF og P-SOF), som tilrettelægger opfølgningen på rapporterede utilsigtede hændelser inden for rammerne af Sundhedsaftalen. De lokale samordningsfora prioriterer de fælles forbedringstiltag og træffer beslutning om karakteren af opfølgningen.

Beslutningen om iværksættelse af fælles tiltag, på baggrund af mønstre og tendenser, træffes af de lokale samordningsfora.

De enkelte parter i de lokale SOF'er/P-SOF'er samler hændelser vedrørende sektorovergange og foreligger mønstre og tendenser i deres respektive SOF/P-SOF.

OPFØLGNING I LEDELSESSTRENGEN

Opfølgningen iværksættes i de respektive organisationers ledelsesstrenge for at sikre, at læring af hændelserne vender tilbage til den faglige ramme, hvor hændelserne finder sted.

Endvidere sker der også en videre formidling bredere ud i organisationen, der hvor læring af mere generel karakter kan anvendes.

Hovedansvaret for henholdsvis rapportering og læring hviler således på ledelsesstrengen i de respektive sektorer og institutioner.

REFERENCER

1. Sundhedsaftalerne 2015-2018 – Region Syddanmark og de 22 Kommuner https://www.regionsyddanmark.dk/wm277954
2. Sundhedsloven kap. 61

https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=183932

3. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=134520
4. Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsnet m.v. https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134520

Høringsresumeer

Høringspart	Emne	Kommentar	Bemærkning
Sønderborg Kommune	Læring	Hvordan skabes systematisk læring? Beskrivelse ønskes.	Fremtidigt udviklingspotentiale - udvikle læringsperspektivet
Sønderborg Kommune	Sagsgang	Konkretisering af sagsgang	Indarbejdes
Sønderborg Kommune	Videndeling	Forslag om reference til "I sikre hænder" til inspiration for lokale SOF	Indarbejdes ikke
Sønderborg Kommune	Kilder	Henvisning til "Fokusering af forbedringsarbejde" DSPS 2015	Indarbejdes ikke
Vejle Kommune	Definition af tværsektoriel UTH	Inkludér "opstået i samarbejdet"	Arbejdsgruppen vedholder definition pga patientperspektivet
Vejle Kommune	Tidshorisont	Ønske om længere sigte en sundhedsaftalens ramme (2018)	Retningslinjen skal evalueres om et år
Vejle Kommune	Sagsgang	Hvem tager fat i hvem? Ansvarsfordeling	Indarbejdes
Odense Kommune	Sagsgang	Ansvarsfordeling - hvem tager fat i hvem?	Indarbejdes
Rehabiliteringafdelingen, OUH	Eksempler på tværsektorielle	Ønske om eksempler på UTH vedr. genoptræningsplaner og hjælpemidler	Der gives personligt svar om, at linket er et eksternt link.
Esbjerg Kommune	Årlig opsamling på SOF	Årlig rapport til SOF om fokusområder, der kræver nye indsatser	Opfølgning sker lokalt
Kvalitetsafdelingen, SLB	Sagsgang	Uddybning af sagsgang	Indarbejdes
Kvalitetsafdelingen, SLB	Videndeling	Ønske om oprettelse af tværsektoriel vidensdelingsgruppe om UTH	Indstilling til følgegruppen
Fredericia Kommune	Videndeling	Ønske om mere dialog på tværs	Indstilling til følgegruppen
Tønder Kommune	Links	Link til sundhed.dk, der ikke er opdateret	Der gives personligt svar om muligheder for at opdatere linket
Afd O, OUH	Undersøges nærmere	Vejledningen beskriver aftalte procedurer, men nye læringsindsatser må aftales i relevante fora	Arbejdsgruppen er enig i dette
Kirurgisk afd A, OUH	Sagsgang	Ønske om konkretisering - hvem gør hvad?	Indarbejdes
Arbejdsgruppen	Læring	Hvordan skabes læring?	Fremtidigt udviklingspotentiale - udvikle læringsperspektivet

Input til det videre arbejde med læringsinitiativer

- **Fra arbejdsgruppen, som har udarbejdet revideret vejledning**

Hvordan kan der arbejdes med læring af tværsektorielle UTH i Region Syddanmark?

Hvorfor er det vigtigt at lave en ny strategi for læring af utilsigtede hændelser/patientsikkerhedsarbejde i Region Syddanmark?

- Der stilles spørgsmål ved systemets effektivitet for at skabe læring f.eks. Rigsrevision
- Høringssvarene til revideret vejledning påpeger behovet for at arbejde med læring
- Dansk selskab for patientsikkerhed har publiceret anbefalinger (se http://bit.ly/2xgOTfP)
- Internationale publikationer viser, at sundhedsvæsenet ikke er blevet mere sikkert. Tal fra Danmark foreligger ikke, men det er ikke sandsynlig, at det er meget anderledes.

Forslag til hvad der skal arbejdes med:

1. Beskrive udfordringer med patientsikkerhed og arbejdet med UTH f.eks. opsamling og aggregering
2. Beskrive forskellige tilgange til at skabe forbedringer af patientsikkerhed:
    a. Deling og spredning af viden - hvordan?
    b. Intensivere kommunikation om patientsikkerhed f.eks. nyhedsbrev (Praksisnyt er et eksempel) og formidle, hvad vi indsamler af UTH, deltagelse i faglige møder
    c. Skabe en platform for fælles læring f.eks. læringsseminar, webplatform (f.eks. Q-initiativ)
    d. Arbejde med holdninger og ledelsesopbakning: Sætte på dagsorden, positiv fokus f.eks. igennem sikkerhed II
3. Gennemgå og evt. revidere organiseringen af arbejdet med UTH og patientsikkerhed, herunder sammenhæng regional/lokalt, klynger/tolvmandsgrupper i primærsektoren, sektorovergribende nye fora og/eller integration i eksisterende fora, f.eks. SOF, tværgående risikokoordineringsgruppe

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
KOL programmet i Syddanmark (Landsdelsprogram Syd)					
Leveranceplan for 2018	Igangsat			Januar 2018	Programledelsen er pt. i gang med udarbejdelsen af en overordnet leveranceplan, så der giver en overblik over de leverancer der hører under de enkelte milepæle.
Leverancebeskrivelser til relevante følgegrup-per	Igangsat				
Milepæl 3: Behandlingstilbud inden for landsdelen er godkendt					
Milepæl 3.1: Behandlingstilbud in-den for landsdelen god-kendt (Sundhedsfagligt indhold, organisering og målgruppe)	Igangsat			November 2017	Det er forventningen, at slut-produkt fra projektspor vedr. Sundhedsfagligt Indhold og Organisering indstilles til god-kendelse i programstyregrup-pen ultimo oktober.

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført, når rammerne for det telemedicinske behandlingstilbud er godkendt i relevante styregrupper. Behandlingstilbud omfatter det kliniske indhold af den telemedicinske ydelse, rolle- og ansvarsfordeling blandt sundhedsfaglige, målgruppen for tilbuddet.					
Milepæl 4: Aftaler indgået					
Milepæl 4.1: Behandlingstilbud indskrevet i Sundhedsaftalen Milepælen er godkendt når behandlingstilbud er indskrevet i sundhedsaftalen og godkendt i Sundhedsstyrelsen	Ej Igangsat			Medio 2019	Det er centralt besluttet, at godkendelsen af de kommende sundhedsaftaler i Sundhedsstyrelsen skydes med 6 måneder dvs. medio 2019.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 4.2: Behandlingstilbud godkendt i Praksisplanen Milepælen er gennemført, når der er indgået aftale om behandlingstilbud med almen praksis	Igangsat			Januar 2019	Indledede kontakt taget til Praksisafdelingen, som har tovholderfunktion på Praksisplanen. Den nuværende Praksisplan i Region Syddanmark er gældende fra 2015 - 2018.
Milepæl 4.3: Behandlingstilbud indskrevet i Forløbsprogrammet	Igangsat			2. kvartal 2019	Forløbesprogrammet i Region Syddanmark er udarbejdet og godkendt. På baggrund af arbejdet i landsdelsprogrammet vil der ske en revidering af forløbsprogrammet. Proces for indskrivning i forløbsprogrammet skal startes op snarest og er endnu ikke klarlagt. Landsdelsprogrammet er afhængig af proces i Sundhedsaftaleregi.
Milepæl 5: Koncept, etablering og idriftsættelse af Service, support og logistikfunktioner					
Milepæl 5.1: Fastlagt koncept for SSL Milepælen er gennemført, når den overord-	Ej igangsat			Oktober 2018	Milepæl er afhængig af de lokale valg af løsningsleverandør(er) på rammeudbud.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
nede ramme/koncept Efor SSL i landsdelen ligger fast og er godkendt i programstyregruppen. Konceptet skal som minimum omfatte en beskrivelse af governance, finansieringsmodel, roller og ansvar for udførende funktioner/operationalisering, kontraktstyring, SLA samt den videre plan for selve etableringen af SSL-konceptet					
Milepæl 5.2: Udbud og tildeling/kontraktindgåelse gennemført Milepælen er gennemført, når eventuelle udbud af SSL-funktioner i landsdelen er gennemført og kontrakter ind-	Ej igangsat			Marts 2019	Afhængig af evt. lokal udbudsproces(ser) for SSL funktioner. Derfor usikkerhed omkring deadline for indfrielse af milepæl.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
gået. Det er uanset om der gennemføres udbud af en total-løsning for SSL, udbud af enkelte SSL-funktioner og om der er tale om fælles udbud / tværkommunale udbud / lokale udbud. Milepælen er kun aktuel, såfremt der skal gennemføres udbud af SSL-funktioner.					
Milepæl 5.3: SSL i drift Milepælen er gennemført, når alle nødvendige SSL-funktioner til understøttelse af den telemedicinske behandling fungerer i drift (operationalisering)	Ej igangsat			~~April 2019~~ Juli 2019	Klar til pilot FUT har justeret datoer for hhv. test (få borgere) og pilot (ca. 1000 borgere). Derfor kan milepæl skydes til juli 2019
Milepæl 6: Teknisk løsning indkøbt og klar til drift					
Milepæl 6.1A Bekendtgørelse af udbud af telemedicinsk	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud			27-11-2017	

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
infrastruktur Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.				
Milepæl 6.2A Bekendtgørelse af udbud af telemedicinske løsninger Milepælen er gennemført når udbuddet er bekendtgjort offentligt	Igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			18-12-2017	
Milepæl 6.1B Tildeling af leverandør på telemedicinsk infrastruktur og afslutning af udbuddet Milepælen er gennemført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en leverandør.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			31-07-2018	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt inden for landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepæl 6.2B Tildeling af leverandø-rer på telemedicinske løsninger og afslutning af udbuddet Milepælen er gennem-ført når udbuddet er gennemført, og der er indgået rammeaftaler med en eller flere leve-randør (er)	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogram-mernes milepæl.			15-09-2018	Landsdelsprogrammerne har på tværs igangsat arbejdet med at kvalificere en bruttoliste af tekniske forberedende aktiviteter og drøftelser der skal ske lokalt inden for landsdelsprogrammet før, under og efter udbuddene.
Milepæl 6.3: Landsdelsprogram har indgået aftale med leverandør på ramme-aftale Milepælen er gennem-ført, når kommuner og regionen i landsdelen har indgået relevante kontrakter på de fælles rammeaftaler. Det er (for de fleste landsdels-	Ej igangsat			Oktober 2018	

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
programmer) den enkelte kommuner og regionen, der skal indgå selvstændige kontrakter. Det er ikke et kriterium, at alle kommuner / regioner indgår kontrakter for borgerløsningen.					
Milepæl 6.4 Telemedicinsk infrastruktur og løsninger er idriftsat til national drift Milepælen er gennemført, når infrastruktur og TM-løsninger (borgere og medarbejdere) er klar til fuld drift. Det er således efter pilot med 1000 borgere og efterfølgende tilpasning.	Ej igangsat Milepæl for Fælles Udbud af Telemedicin – dvs. det er ikke landsdelsprogrammernes milepæl.			01-09-2019	
Milepæl 6.5	Ej igangsat				Milepæl relateret til drift og

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Landsdelsspecifikke optioner og medarbej-dervendt løsning sat i drift Milepælen er gennem-ført, når borgervendte løsninger inkl. tilvalgte optioner er i drift i landsdelen.					ikke pilotdrift Milepæl er afhængig af hvad der kommer til at være en del af udbuddene og hvad der bliver optioner samt potentiel-le leverandørers udviklingstid. Landsdelsprogrammet har derfor ikke mulighed for at angive en data for milepæl.
Milepæl 6.6 Anskaffelsesstrategi for udstyr til borgere fast-lagt Milepælen er gennem-ført, når der er truffet beslutning om indkøb af relevant teknisk ud-styr	Ej igangsat			Januar 2019	
Milepæl 6.7 Udstyr til borgere sat i drift Milepælen er gennem-	Ej igangsat			Juli 2019	Milepæl relateret til drift og ikke pilot.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
ført, når relevant teknisk udstyr (fx tablets, måleudstyr) til borgere, der skal understøtte det telemedicinske behandlingstilbud er indkøbt og i drift					
Milepæl 7: Sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer udfærdiget					
Milepæl 7.1: Sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer udfærdiget Milepælen er gennemført, når relevante fælles sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer for landsdelen (men som kan kræve lokal tilpasning i kommuner og hospitalsafdelinger) er udarbejdet og godkendt af programstyregruppen	Igangsat			Juli 2018	
Milepæl 8: Uddannelse og kompetenceudvikling					
Milepæl 8.1:	Ej igangsat			Marts 2019	Milepæl er afhængig af hvor-

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Koncept, plan og materiale for uddannelse af sundhedsfaglige personale er klart Milepælen er gennemført, når det overordnede koncept for uddannelse af sundhedsfagligt personale samt uddannelsesmateriale og den videre proces for etablering / operationalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen					vidt landsdele på tværs udarbejder fælles uddannelsesmateriale samt valg af medarbejdervendt løsning.
Milepæl 8.2: Koncept, plan og materiale for uddannelse af borgere er klart Milepælen er gennemført når det overordnede koncept for uddannelse af borgere samt uddannelsesmateriale og den videre proces	Ej igangsat			Marts 2019	Milepæl er afhængig af hvorvidt landsdele på tværs udarbejder fælles uddannelsesmateriale samt valg af borgervendt løsning.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
for etablering / operationalisering af uddannelsen er godkendt i programstyregruppen					
Milepæl 8.3: Uddannelsestilbud til borgere og sundhedsfaglige er sat i drift Milepælen er gennemført, når de godkendte uddannelsestilbud, jf. milepæl 8.1 og 8.2 er i drift. Drift er efter pilot og eventuel revidering af uddannelseskoncept og materiale	Ej igangsat			~~April 2019~~ Juli 2019	Uddannelsestilbud klar til pilot. Uddannelsestilbud testes, evalueres og evt. tilrettes pba. pilot. FUT har justeret datoer for hhv. test (få borgere) og pilot (ca. 1000 borgere). Derfor kan milepæl skydes til juli 2019
Milepæl 9: Integrationer til IT-fagsystemer					
Milepæl 9.1: Snitfladekoncept og muligheder afklaret og informeret til lokale beslutningstagere Milepælen er gennemført, når landsdelspro-	Ej igangsat			Oktober 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
grammerne (program-niveau) har drøftet og besluttet anbefaling til integrationer ml. lokale fagsystemer og hhv. national infrastruktur og infrastruktur jf. fæl-les telemedicinsk løs-ning. Der er tale om en anbefaling til de enkelte kommuner og regionen i landsdelen, eftersom programmet ikke kan beslutte om man lokalt ønsker integration.					understøtte/anvendes fra fagsystemerne.
Milepæl 9.2: Lokale (region, kom-muner og almen prak-sis) beslutninger om snitflader truffet Milepælen er gennem-ført, når der fra pro-gramniveau er kommu-nikeret ud til region og kommuner omkring	Ej igangsat			November 2018	Det er op til den enkelte aktør (kommune/region/Almen Praksis) at sikre integration til fagsystemer, såfremt dette måtte ønskes. FUT vil muliggøre at den indkøbte infrastruktur udstiller snitflader, som så kan understøtte/anvendes fra fagsystemerne.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
anbefaling / beslutning vedr. integrationer					
Milepæl 9.3: Integrationer sat i drift (data kan ses i fagsystemer) Milepælen er gennemført, når de kommuner og region, der ønsker integrationer ml. fagsystemer og infrastruktur har gennemført disse og sat i drift.	Ej igangsat			~~April 2019~~ Juli 2019	Usikkerhed om hvorvidt fastsat deadline kan nås: vi kender ikke udviklingstid ved de enkelte leverandører samt hvor mange der er i gang med udbud af fagsystem, herunder leverandørernes pipeline for udviklingsønsker. Såfremt lokale integrationer skal testes, skal de være klar til pilottest Juli 2019.
Milepæl 10: Rammer for driftsorganisation					
Milepæl 10.1 Fastlægge rammer for driftsorganisation (governance, sysemforvaltning og sundhedsfagligt indhold) Milepælen er gennemført, når rammerne for driftsorganisationen er	Ej igangsat			April 2019	Klar til pilot. Der er afhængighed til milepæl 5. Deadline for milepæl skal fremrykkes, da rammer for driftsorganisation skal være på plads ult. 18/primo 19.

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
fastlagt og godkendt					
Milepæl 10.2 Pilot 1 gennemført	Ej igangsat			Juni 2019	Landsdelsprogrammet er usikker på om dette er milepæl for test fra 1. maj 2019 til den 30. juni 2019 (få borgere) jf. FUTs orientering om forsinkelse i tidsplan på 9. porteføljestyre-gruppemøde.
Milepæl 10.3 Pilot 2 (Teknisk og organisatorisk afprøvning i produktionsmiljø) Dette er den egentlige pilot med op til 1000 borgere i alt landsplan. Milepælen er gennemført når der er sket en test, evaluering og justering af både teknik og organisering	Ej igangsat			August 2019	Milepæl er ajourført pba. FUTs orientering om forsinkelse i tidsplan på 9. porteføljestyre-gruppemøde
Milepæl 11: Implementering					
Milepæl 11.1 Implementeringsplan fastlagt og godkendt	Ej igangsat			Januar 2019	

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Milepælen er gennemført, når plan for implementering af det telemedicinske tilbud i landsdelen er fastlagt og godkendt i programstyregruppen. Planen skal som minimum omfatte tidsplan/eventuel bølgeplan (Implementering er her defineret ved "Go-live" / de første borgere er henvist til det telemedicinske tilbud)					
Milepæl 11.2 10 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram Hver landsdel fastlægger forventet antal inkluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i	Ej igangsat			Forventer forsinkelse på 3-6 måneder	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan identificeres og som ønsker at deltage i det telemedicinske tilbud.					
Milepæl 11.3 50 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelspro-gram Hver landsdel fastlæg-ger forventet antal in-kluderede borgere på et givent tidspunkt. Relevante borgere (100%) svarer til den i landsdelsprogrammet fastlagte målgruppe (fx GOLD gr. D), der kan identificeres og som ønsker at deltage i det	Ej igangsat			Forventer forsinkelse på 3-6 måneder	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

~~Indsats/opgave/ Projekt~~ Nationale milepæle	Status på ~~indsatsen~~ milepælen	~~Milepæle~~[1]-Evt. delmilepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	~~Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne~~ Angivet deadline for indfrielse af milepæl	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
telemedicinske					
Milepæl 11.4: Mindst 95 pct. af relevante borgere er inkluderet i hvert landsdelsprogram	Ej igangsat			December 2019 Forventer forsinkelse på 3-6 måneder	Usikkerhed omkring indfrielsestidspunkt for målsætningsmilepæl pba: 1) Optimistisk tidsplan for udbudsproces 2) Pt. ingen estimering af udviklingstid 3) Implementeringstakt afhænger af A.P henviser en stor del af brugerne (risikolog)

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO i.f.t. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som videreudvikler SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte høringsudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne. Forløbene er sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017, med henblik på forelæggelse i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober samt endelig godkendelse i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Forslag til implementeringsplan, beskrivelse af nøgleord samt den tilrettede samlede SAM:BO-aftale vil ved samme lejlighed blive fremsendt til godkendelse i DAK. Det samlede materiale forelægges SKU til godkendelse den 19. december 2017.	11-12-17: Status på arbejdet vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. 11-12-17:Orientering om status på implementeringsplan ift. forløb indenfor Socialpsykiatrien.	23-11-17: Endeligt materiale til godkendelse i DAK. 19-12-17: Endeligt materiale til godkendelse i SKU.		
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27.januar 2017, at monitorering af ajourføringsprocenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK. Der har været afholdt FMK-netværksmøde den 29. marts 2017. Arbejdsgruppen oplyste til følgegruppen den 17. august 2017, at der arbejdes videre med dannelse af netværksgrupper, som knyttes til de 5 sygehusenheder.	Der indhentes halvårlig status i april og okt.			
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen. Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Implementeringen forløber planmæssigt. Sundhedsstyrelsen arbejder med at revidere deres anbefalinger for den palliative indsats. Arbejdet forventes færdigt i efteråret 2017. Herefter vurderer Kontaktgruppen (bestående af regionale SOF sekretærer), om der er behov for opdatering af samarbejdsaftalen . Følgegruppen informeres herom - evt. med forslag til kommissorium for en arbejdsgruppe. Er der ikke behov for at opdatere samarbejdsaftalen, foreslås det, at behovet igen vurderes i juni 2019, hvor samarbejdsaftalen er tre år gammel.	Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje (maj).			DAK besluttede den 22. juni 2017 (pkt. 23 vedr. udmøntning af Kræftplan IV), at Følgegruppen ser på behovet for tværsektoriel opfølgning i Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en palliativ indsats, når den foreligger i revideret udgave.
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19. marts 2015, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarderne indlæggel-sesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt den 1. december 2015, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper. 11-12-17: Status på følgegruppemøde.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017. Den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe afholder sit 1. møde den 31. oktober 2017.	11-12-17: Den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe afleverer sin første status til Følgegruppen for Behandling og pleje.	23-11-17: Forslag til implementeringsplan, beskrivelse af nøgleord samt en gennemskrivning af den samlede SAM:BO-aftale forelægges DAK sammen med sag vedr. videreudvikling af SAM:BO.	Arbejdsgruppen arbejder videre med udvikling af undervisningsmateriale til nøglepersoner. Nøglepersoner uddannes august 2017, og vil herefter skulle undervise i egen organisation. Forløbene forventes implementeret i 3. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK, i forbindelse med den årlige afrapportering, orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt. Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.	Udarbejdelse af ramme- og retningspapair afventer. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.			
Audit/evaluering af SAM:BO	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet. Der er dog fortsat usikkerhed om, hvordan lovændringen skal tolkes, og hvilken betydning det har for gennemførsel af audit vedr. SAM:BO. Sundhedsdirektørkredsen har 2. halvår 2017 vedtaget nedsættelsen af en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en konkret/praktisk fortolkning af lovændringen.	22-02-18: Der orienteres om status på arbejdet vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.			
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	Status gives helårligt i august.			
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Den nationale handlingsplan for demens lægger initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalinger til organisering, herunder rolle og ansvarsfordeling, skal ligeledes indgå i arbejdet. Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.	Løbende afrapporterteing fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc. Primo 2018: Afrapportering fra arbejder under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har haft nedsat en underarbejdsgruppe, der har arbejdet med at afdække de udfordringer, der er i forhold til underrepræsentation af etniske minoriteter i opsporing, udredning og behandling af demens. Det lægges i forlængelse af arbejdet op til DAK, at det videre arbejde med kompetenceudvikling indenfor opsporing, behandling, pleje og omsorg af borgere med demens herunder borgere af anden etnisk herkomst lægges ind i en fælles ansøgning til Sundhedsstyrelsen om puljemidler til kompetenceudvikling, som udmøntes som del af den nationale demenshandlingsplan i 2018.	11-12-17: Status på udarbejdelse af fælles ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet til Følgegruppen	Primo 2018: Forslag til fælles (tværsektoriel) ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet		
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der har været udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb, som viste sig ikke at være hensigtsmæssigt. Opgaven vedr. kompetenceudvikling er derfor skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan, initiativ 22.	11-12-17: Status på udarbejdelse af fælles ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet til Følgegruppen	Primo 2018: Forslag til fælles (tværsektoriel) ansøgning vedr. kompetenceudvikling indenfor demensområdet		
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes. Følgegruppen for Behandling og pleje har på møde den 15. maj 2017 behandlet revideret vejledning vedr. UTH, som sendes i administrativ høring hen over sommeren. Endelig version af vejledningen og bearbejdede høringssvar forelægges på møde i DAK i november 2018.	11-12-17: Oplæg vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange.	23-11-17: Endelig version af vejledningen og bearbejdede høringssvar forelægges DAK. Primo 2018: Oplæg vedr. læringsinitiativer ift. UTH i sektorovergange.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.	1. kvartal 2018: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkommende møde i DAK.		2. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr.	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16, og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16.	Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.) 11-12-17: Årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der nedsættes en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.	1. kvartal 2018: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkommende møde i DAK.		2. kvartal 2018	

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at det skal forelægges til beslutning i DAK at nedlægge samarbejdsaftalen på det psykiatriske område, når dette er muligt. Det skal desuden sikres, at tillægsaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Der nedsættes en lille tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal danne overblik over, hvor store konsekvensrettelser det vil medføre for de enkelte tillægsaftaler. Der gives en status på arbejdet til Følgegruppen herom i oktober 2017.	11-12-17: Reviderede underaftaler på det psykiatriske område.	Primo 2018: Reviderede underaftaler på det psykiatriske område.		
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der planlægges aktuelt en temadag inden sommerferien 2017, som der er lagt op til i aftalen.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april).			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via psykiatri SOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (nov.). 11-12-17: Årlig afrapportering.			
Aftale om sårbare gravide	I Sundhedsaftalen 2015-2018 står der beskrevet under afsnittet om aftaler om specifikke målgrupper (afsnit 8.1), at der med inddragelse af socialfaglige kompetencer skal indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. DAK har godkendt kommissorium for arbejdet på møde 21-09-16. Høringsudkast til en samarbejdsaftale er forelagt Følgegruppen på møde den 15. maj 2017og DAK på møde den 22. juni 2017. Endelig samarbejdsaftale forlægges Følgegruppen på møde den 12. oktober og efterfølgende DAK på møde den 23. november 2017.		23-11-17: Endelig aftale inkl. høringssvar til godkendelse.		
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Arbejdsgruppen har i perioden 15. august - 18. september 2017 afholdt tre møder med det formål at redigere, opdatere og ændre aftalen i det omfang, det har været vurderet hensigtsmæssigt. Derudover er det så vidt muligt sikret, at snitfladerne til Aftale om sårbare gravide er tydelige samt, at der er overensstemmelse mellem indholdet i de to aftaler, på de områder, hvor der er overlap. Aftalen foreligger nu i en høringsversion, som er behandlet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 12. oktober 2017. Aftalen er i administrativ høring den 13. oktober- 16. november 2017.	11-12-17: Den tilrettede aftale behandles i Følgegruppen for behandling og pleje.	Primo 2018: Endelig godkendelse i DAK.	Den reviderede aftale forventes klar til implementering i SOF'erne primo 2018 umiddelbart efter godkendelse i DAK.	
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016. Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF´erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den 17. august 2017, at monitoreringen ikke videreføres. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses over for Følgegruppen.
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevet kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Blå = Afventer igangsættelse

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Arbejdsgruppen vedr. **nye rammer for kronisk sygdom**	Arbejdet med udviklingen af de nye forløbsprogrammer forløber planmæssigt.	**KOL** Monitoreringsgruppen og skrivegruppen mødes med henblik på et samarbejde omkring et monitoreringsoplæg. **Diabetes** Høringsperiode fra d. 9. okt. – 4. nov. Den 4/12: Følgegruppen for Forebyggelse behandler endeligt udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar. **Kommende forløbsprogrammer** Det forventes, at det næste forløbsprogram, der skal udarbejdes, er for hjertesygdom.	**KOL** Den 23/11: DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet. **Diabetes** Primo 2018: DAK og SKU behandler det endelige forløbsprogram mhp. godkendelse **Kommende forløbsprogrammer** Den 23. nov. behandler DAK procesplan og budget for udarbejdelse af forløbsprogram for hjertesygdom.	**Diabetes** Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo/medio 2018 (efter første møde i SKU i 2018) **Kommende forløbsprogrammer** Det forventes af forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom er klar til implementering primo/medio 2019 (efter første møde i SKU i 2019).	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Drift af sundhedsprofil-undersøgelsen**	Statens Institut for Folkesundhed udarbejder i oktober-december sundhedsprofilrapporten i tæt dialog med Region Syddanmark. Datoer og first announcement for arrangementer, hvor den syddanske sundhedsprofil præsenteres, forventes udmeldt primo november 2017. På baggrund af drøftelse i arbejdsgruppen på møde i august 2017 tilbyder Region Syddanmark kommunerne en kommunespecifik dataoversigt ca. en måned før offentliggørelse af sundhedsprofilen (i fortrolighed). Formålet er, at kommunerne kan forberede præsentation af data internt i politiske udvalg mv. samt forberede eventuel kommunikationsindsats og mediehåndtering.	**Januar 2018:** Region Syddanmark udsender materiale til kommunerne som hjælp til kommunikationsindsats og håndtering af medier ifm. offentliggørelse af sundhedsprofilen. **Februar 2018:** Kommunerne i regionen modtager en kommunespecifik dataoversigt (i fortrolighed). **Marts 2018:** Den nationale sundhedsprofil offentliggøres den 6. marts 2018. Kort herefter offentliggøres den syddanske sundhedsprofil. Der forventes dels et arrangement for politikere og ledere på sundhedsområdet, dels en temadag for planlæggere i kommuner og region med perspektivering af sundhedsprofilens resultater.	Resultatet af undersøgelsen offentliggøres i marts 2018.	Ej relevant	**Primo 2018** Resultaterne offentliggøres d. 6. marts 2018, hvorefter der vil blive afholdt en regional konference.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse**	Arbejdsgruppen bistår i udarbejdelse af monitoreringsoplæg på KOL området.	**28/8 2017:** Følgegruppen for forebyggelse holder opstartsmøde med arbejdsgruppen. **Ultimo 2017**: Første oplæg til monitorering fra arbejdsgruppe til følgegruppen for forebyggelse, forventeligt for KOL i samarbejde med arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk syge	Den 23/11: DAK præsenteres for forslag til monitorering af forløbsprogrammet (præsenteres af *arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk syge*)		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Styre- og projektgruppe for projekt **"Livsstilsguide i praksis"** Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilsygdomme hos mennesker med en sindslidelse	**Feb.-mart 2017:** 4 orienteringsmøder målrettet kursisternes nærmeste ledere er afholdt. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne. **Feb.-maj 2017:** 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017. **Maj-december 2017**: Fokus på evaluering og fremadrettet forankring. Der er afholdt projektgruppemøde den 22. maj, hvor 1. halvår 2017 blev drøftet i positive vendinger, og de overordnede linjer for 2. halvårs arbejde med evaluering og forankring blev skitseret. Der er afholdt styregruppemøde den 30. august, hvor foreløbige resultater blev formidling og forankringsarbejdet drøftet **1. halvår 2018:** Forankring og udvikling	Den oprindelige proces- og milepælsplan følges med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder. Desuden er det sandsynligt, at forankringsarbejdet fortsætter ind i 2018. Det være sig primært formidling til relevante uddannelsesinstitutioner, færdiggørelse af e-læringsmoduler og afholdelse af afsluttende projektseminar. Sidstnævnte vil med sikkerhed først finde sted i 2018, idet der, på baggrund af det planlagte budget for 2018, i øjeblikket arbejdes med modeller for videreudvikling af projektet, som skal behandles politisk. Det er planen, at projektets videreudvikling skal præsenteres ifm. seminaret/konferencen.		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er indarbejdet i en midtvejsrapport af 23. Sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016. Evaluering af 2. runde kursusforløb forventes at ligge klar oktober/november måned 2017. Det sundhedspædagogiske koncept og projektets foreløbige resultater er præsenteret ved Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017. Der etableres et e-læringsmoduler målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulerne forventes tilgængelige primo 2018. Der planlægges et seminar med afholdelse i 2018, hvor bl.a. projektets fortsatte udvikling præsenteres.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Syddansk børne- og ungesundhedsprofil**	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Følgegruppen for Forebyggelse behandler arbejdsgruppens notat d 24/8. Afrapportering forelægges DAK d. 23/11 2017.	**August 2017:** Notat til Følgegruppen for Forebyggelse foreligger.	**23. november 2017:** Notat præsenteres for DAK, hvor der skal tages stilling til, hvordan det videre arbejde skal forløbe	Ej relevant	
Arbejdsgruppe: **Ny aftale på børne- og ungeområdet**	Der er nedsat en arbejdsgruppe med Koncerndirektør Kurt Espersen og Sundheds- og forebyggelseschef i Odense kommune, Sonja Seerup Hansen som formænd. Arbejdsgruppen afholder møde den 8. november, den 24. november og den 15. december, hvorefter det vil blive vurderet, om der er behov for yderligere møder til at færdiggøre aftalen.	**November – december 2017:** Der afholdes tre møder i arbejdsgruppen. **4. december 2017:** Følgegruppen for Forebyggelse modtager en status på arbejdet	**Medio 2018:** Der forventes at foreligge et høringsudkast til en aftale.	Ultimo 2018.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om **kompetenceudvikling og videndeling**	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønsker at drøfte sagen i regi af Sammen om Velfærd en gang til. I rammeaftalen beskrive en model, hvor et SOF skal være "lead" på et kompetenceudviklingsforløb. Modellen afprøves på det kommende diabetesforløbsprogram, hvor SOF-Fyn tildeles "lead".	Ej relevant	**Efterår 2017.** Rammepapiret for aftalen drøftes i regi af Sammen om Velfærd, hvor bl.a. rette snitflader drøftes. Følgegruppen for Forebyggelse afventer denne diskussion inden det videre arbejde med rammeaftalen fortsættes		Følgegruppen har udarbejdet en oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling. Oversigten tilrettes endeligt, når rammeaftalen for kompetenceudvikling og videndeling er godkendt i DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kommissorium til Ny aftale på børne- og ungeområdet	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppesekretariatet har udarbejdet et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget d. 15/8 2017. Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen er sat i gang, og der er deadline for udpegning d 4/9 2017.	**22/6 2017:** Kommissoriet behandlet i Det administrative kontaktforum. **15/9 2017**: Kommissorium godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget **Efterår 2017:** Arbejdsgruppen nedsættes og opstarter arbejdet **Forår 2018:** Høringsudkast klar	**22/6 2017:** Behandlet på DAK. **15/8 2017:** Godkendt af SKU	Forventes at kunne implementeres ultimo 2018	Igangsættelse af arbejdet kræver en relativt stor arbejdsgruppe og evt. en mindre skrivegruppe. Følgegruppen for forebyggelse mødes med arbejdsgruppen, når denne er nedsat.
Arbejdsgruppe: **Implementering af nationale kliniske retningsliner for knæartrose**	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	**30. marts 2017** Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.		**1. kvartal 2017** Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"**.	Arbejdsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Aftale om Regionens **rådgivning til kommunerne om forebyggelse**	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når sidstnævnte aftale foreligger.
Arbejdsgruppe: **Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning**	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår. Primo 2018: Første status på implementering til DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med **indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.**	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017. Følgegruppen for Forebyg-gelse udarbejder et kom-missorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling. Afdækningen giver anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med 1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (Sundhedsaftalen pkt. 6.1.6.)
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	Arbejdsgruppen har mødtes fire gange og afrapporterer den 23. november trin 1 og 2 til DAK	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet primo 2018. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet primo 2018.		Primo 2018	
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for	- Intravenøs væskebe-handling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/6 2017	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 31/10 2017	Ultimo 2017	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)		M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet d. 22/9 2017. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet d. 31/10 2017.			
	- Sondeernæring - Parenteral ernæring	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/9 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet d. 19/12 2017.	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 19/12 2017	Primo 2018	
	- Akutte bed-side blod-prøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK primo	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo			
	- Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK primo 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK primo 2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU medio 2018	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU medio 2018	Andet kvartal 2018	
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af SKU d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regionsrådet d. 23/9 2016.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem.	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evaluereres to år efter implementering, dvs. september 2018.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK´s møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres halvårligt. I perioden d. 1/1– 30/6 2017 har 6 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. Næste gang DAK og SKU vil modtage en opdatering på samarbejdsaftalens anvendelse er på det første møde i det nye år. Her vil opgørelsen vedrøre anvendelsen af den reviderede samarbejdsaftale.

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-under-støttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværsektoriel anvendelse af video DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: tværsektoriel anvendelse af video	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har igangsat en afdækning af tilgængelige tekniske løsninger i kommunerne. Herefter nedsættes en arbejdsgruppe, hvor alle tekniske løsninger er repræsenteret, som får til opgave at beskrive løsninger til identificerede udfordringer.		April 2018		

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	På baggrund heraf udarbejdes forslag til handleplan.				
Videndeling DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsen deles i et spor for implementering, som varetages af SOF'erne og et spor for videndeling, som varetages af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.	Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin har igangsat en proces, som indledes med en række interviews med repræsentanter for SOF'erne med henblik på at identificere ønsker til og potentiale for vidensdeling. På baggrund heraf nedsættes en mindre arbejdsgruppe, som får til opgave at udarbejde forslag til handleplan for vidensdeling.		Januar 2018		
Telemedicinsk sårvurdering.	Forslag til forvaltning og eventuelle understøttende		Januar 2018		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
På mødet i Det Administrative kontaktforum 22. september 2018 blev det besluttet, at telemedicinsk sårvurdering fremadrettet forankres i Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin.	aktiviteter af telemedicinsk sårvurdering i Syddanmark fra januar 2018 er under udarbejdelse. Opgørelse af inklusion opgjort på kommuner er fremsendt til de relevante SOF'er.				

Porteføljestyringsværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

Oktober 2017

Farvekoder:

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Indsats/opgave/ projekt	**Status på indsatsen**	**Milepæle**[1]	**Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK**	**Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne**	**Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses**
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i	Udarbejdelse af hjælpemateriale er afsluttet og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 2016			December 2016.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering drøftede en potentiel model for opfølgning den 6. oktober 2017		Model for opfølgning forelægges for DAK den 23. november 2017.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
behandling og genoptræning afklares.					
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, er igangsat i september 2016		Evalueringsramme godkendt i DAK den 30. marts 2017. Endelige resultater fra kortlægningen forelægges DAK den 23. november 2017.		
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-platform pauseres, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger. I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og	Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge forelå i april 2017	DAK godkendte den 22. juni slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora	Klar til implementering	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	tilhørende korrespondan-cemeddelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet				
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Arbejdsgruppen gennemfører tracerforløb primo 2017. Indsatsen forventes at afsluttes med en konference medio 2018, hvortil der er nedsat en		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	arbejdsgruppe.				
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i foråret 2017.	Opfølgning i forhold til samarbejdsaftalen er forelagt for følgegruppen møde den 9. maj 2017.	DAK godkendt den 22. juni 2017, at 1) følgegruppen udsender afrapporteringen til de lokale samordningsfora med henblik på drøftelse af den videre indsats samt 2) følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe med henblik på, at der medio 2018 kan foreligge et forslag til en revision af samarbejdsaftalen.		

TØNDER KOMMUNE

Til Sundhedsordfører

04.12.2017

Nuancer ved fritvalgs-udspil om ventetid til genoptræning

I regeringens nye fritvalgs-udspil er der et initiativ om genoptræning efter sygehusophold.

Det fremgår, at hensigten med initiativet er at nedbringe ventetiden til genoptræning, med det udgangspunkt, at borgeren frit vil kunne vælge en anden leverandør, hvis kommunen ikke kan begynde genoptræning inden for syv dage efter udskrivelse.

I Tønder Kommune er vi enige i, at der skal være høj fokus på den enkelte borgers ventetid, da tidlig igangsætning er medvirkende til at fremme funktionsevnen.

Der er nuancer i ventetid. Vi har borgere, der er klar til genoptræning lige efter udskrivning, mens andre borgere først har behov for lige at komme hjem, og komme i gang med den rehabiliterende tilgang i plejen før deltagelse i mere specifikke individuelle og holdtræningsforløb.

I forhold til selve opgørelsen af ventetiden, er det vigtigt at være opmærksom på, at en del af ventetiden skyldes borgere, der ikke må starte genoptræning før et bestemt tidspunkt, og borgere der af forskellige årsager melder afbud til første genoptræning.

Lægens anvisninger i genoptræningsplanen har også betydning for, hvornår genoptræningen må opstartes. Eksempelvis rygpatienter, da må genoptræningen efter en operation for diskusprolaps, som regel først opstartes 4 uger efter operation, og for ryg stabiliserende operationer, da må genoptræningen først opstartes 12 uger efter operation.

Derudover er der borgere, der selv vælger en senere opstart, fordi de ikke føler sig klar eller der er andre personlige årsager der spiller ind, som eksempelvis ferie. Når man melder afbud til første genoptræning, så rykkes starttidspunktet og dermed forlænges ventetiden.

I de senere år, har vi i Tønder Kommune oplevet en større efterspørgsel efter genoptræningsplaner, der har været med til at presse ventetiden. Der foregår en god koordinering mellem sygehus og kommune, der er med til at ingen falder mellem to "stole". Vi har en høj faglighed på genoptræningsområdet, og har løbende iværksat initiativer for at optimere genoptræningen og nedbringe ventetiden. Vi har siden 2015 formået, at få nedbragt ventetiden, og det er målet at denne skal falde yderligere i 2018. I forbindelse med budget 2018 har vi prioriteret yderligere midler til området.

TØNDER KOMMUNE · Wegners Plads 2 · 6270 Tønder · Tlf.74 92 92 92· Mail: toender@toender.dk· www.toender.dk
Åbningstider: Mandag-onsdag kl. 10-15 • Torsdag kl. 10-18 • Fredag kl. 10-13
Telefontider: Mandag-onsdag kl. 9-15 • Torsdag kl. 9-17 • Fredag kl. 9-13

Vi er som udgangspunkt positive overfor initiativer, der kan være med til at styrke genoptræningsindsatsen, men vil gerne gøre opmærksom på, at der er nuancer man skal være mere opmærksom på i forhold til det nye initiativ.

Sundhedsudvalget i Tønder Kommune
Irene Holk Lund (V) formand
Lisbeth Bang Pedersen (V) næstformand
Birthe Haag Frikke (I)
Jan Voss Hansen (O)
Marit Jessen Rüdiger (S)

Venlig hilsen

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt præsenterede data vedrørende udvalgte elementer af de 8 nationale mål på DAK møde den 22.september 2017. Hvorefter DAK besluttede at data skulle præsenteres for SKU.		Forelagt SKU d. 30. oktober 2017.		Der vil komme ny data fra sundhedsdatastyrelsen til foråret 2018. Her vil næste opdatering på de 8 nationale kvalitetsmål blive forelagt.
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Bilag 2 - Budget for udvikling af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

Udgangspunktet for arbejdet med udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom, er den generiske model for nye rammer for kronisk sygdom, herunder samme stærke fokus på brugerinddragelse som ved udviklingen af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med KOL og diabetes.

Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom, har på baggrund af erfaringer fra udviklingen af de første forløbsprogrammer tilpasset tids- og procesplan for udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom. Forløbsprogrammernes generiske elementer og struktur bevirker, at det vurderes at brugerinddragelsesprocessen kan kortes til én workshop, uden at gå på kompromis med kvalitet og resultat.

Det vurderes ligeledes heller ikke nødvendigt med fortsat ekstern konsulentbistand fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnet (ViBIS), da de første forløbsprogrammer udgør en skabelon for udvikling af det næste.

Budget for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom

Post	**Udgift**
Afholdelse af workshop (Ca. 80 deltagere)	kr. 50.000
Kørselsrefusion til patienter og pårørende	Kr. 5.000
Grafisk opsætning af forløbsprogram	kr. 35.000
Total	*kr. 90.000*

Øvrige udgifter
I forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom vil Region Syddanmark involvere og honorere de praktiserende lægers deltagelse igennem den regionale praksiskonsulentordning.

Finansiering
Med tanke på den forventede reduktion i udviklingsomkostningerne, forslår Arbejdsgruppen for nye rammer for kronisk sygdom, at Region Syddanmark og de 22 Syddanske Kommuner, ud fra nedenstående forslag, igen samfinansierer udviklingen af forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom.

Forslag til finansiering af udviklingen for forløbsprogrammet for mennesker med hjertesygdom

Regional andel = 45.000 kr.	**Kommunal andel = kr. 45.000 kr.**

Bilag 1 - Tids- og procesplan for udvikling af tværsektorielt forløbsprogram til mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark

	2017				2018												2019			
	SEP	OKT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAJ	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR
GODKENDELSER																				
Godkendelse af procesplan og budget i Følgegruppen for Forebyggelse																				
Godkendelse af procesplan og budget i DAK																				
Godkendelse af forløbsprogrammets første udgave på ekstraordinært møde i Følgegruppen																				
Formandsgodkendelse af layoutet høringsudgave i Følgegruppe																				
Formandsgodkendelse af layoutet høringsudgave i DAK																				
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i Følgegruppe																				
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i DAK																				
Godkendelse af forløbsprogrammets endelige udgave i SKU																				
UDARBEJDELSE																				
Detailplanlægning af forløbsprogram med klinikere																				
Indkaldelse til workshop																				
Indledende skriveproces																				
Workshop med klinikere, borgere og pårørende																				
Fortsat skriveproces																				
Møde i samlet arbejdsgruppe																				
Fotos og grafisk layout																				
Høringsperiode																				
Indarbejdelse af høringssvar																				