Kommissorium for Sundhedsdirektørkredsen

Udkast

GRUNDLAG

Sundhedsdirektørkredsen er nedsat efter beslutning på mødet kommunaldirektørkredsen den 2. juni 2022.

Sundhedsdirektørkredsen er et samarbejde mellem de 22 kommuner i Region Syddanmark om udvikling af kommunernes rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Sundhedsdirektørkredsen er derudover et koordinationsforum for de 22 kommuners samarbejde med Region Syddanmark i Strategisk Sundhedsstyregruppe og Sundhedssamarbejdsudvalget.

Sundhedsdirektørkredsen baserer sig på tre overordnede præmisser:

- Det skal operere på et overordnet strategisk og principielt niveau.
- Sundhedsområdet skal ses i sammenhæng med socialområdet, arbejdsmarkedsområdet og øvrige relevante forvaltningsområder
- Der skal være opbakning fra alle 22 kommuner

Sundhedsdirektørkredsen kan ikke indgå bindende aftaler på vegne af det politiske niveau. Sundhedsaftalerne og andre centrale tværsektorielle aftaler på sundhedsområdet indgås for kommunernes vedkommende af byrådene.

KOMPETENCE OG KOORDINERING

Sundhedsdirektørkredsen sætter retningen for de 22 kommuner i udvikling af fremtidens sundhedsvæsen, kommunernes rolle heri og sammenhængen til de enkelte kommunerssundhedsopgaver og relaterede opgaver på social- og arbejdsmarkeds- og børn- og ungeområdet.

Sundhedsdirektørkredsen fungerer desuden som repræsentantskab for de kommunale medlemmer af Strategisk Sundhedsstyregruppe og beskæftiger sig med drøftelse og formulering af overordnede og principielle kommunale holdninger og positioner, der kan danne referenceramme/generelt mandatfor de kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe. De

UDKAST

kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe har kompetence til at koordinere og træffe administrative beslutninger i Strategisk Sundhedsstyregruppe på vegne af de 22 kommuner. Beslutninger, der har økonomiske konsekvenser for kommunerne, skal altid til godkendelse ude hos de enkelte kommuner.

FORMÅL

Sundhedsdirektørkredsen arbejder for at:

- formulere fælles strategisk retning og ambitioner for udvikling af kommunernes rolle og opgavevaretagelse i fremtidens sundhedsvæsen
- udvikle et mere vidensbaseret, mere borgernært og mere samarbejdende sundhedsvæsen
- kommunerne kan erfaringsudveksle og opnå koordineringsgevinster pådet kommunale sundhedsområde
- sikre et velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner i Region Syddanmark og et stærkt bagland for de kommunale medlemmer af Strategisk Sundhedsstyregruppe
- sikre, at kommunernes interesser og præferencer kommer stærkt til udtryk i sundhedsaftalen og i dens implementering via samarbejdsaftaler m.v.
- sikre sammenhæng mellem og koordinering af de kommunale positioner i sundhedsklyngerne
- kommunerne kan formulere og varetage fælles interesser og synspunkter på nationalt niveau på sundhedsområdet

OPGAVER

Sundhedsdirektørkredsen danner for det første rammen om samarbejdet mellem de 22 kommuner på sundhedsområdet.

Sundhedsdirektørkredsen løser denne opgave ved at:

- fastholde et strategisk fokus på udvikling af de kommunale sundheds-opgaver
- sikre rammer for videndeling, erfaringsudveksling, koordination og strategisk kommunikation
- skabe overblik over kommunale aktiviteter og udviklingsinitiativer påsundhedsområdet.

Sundhedsdirektørkredsens opgave tager for det andet udgangspunkt i de emner, som Sundhedssamarbejdsudvalget skal varetage jf. §15 i Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler , dvs:

- Understøtte samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet
- Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud
- Fastlægge rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af sundhedsklynger
- Understøtte implementering af nationale handleplaner på tværs af sundhedsklyngerne
- Drøfte sundhedsklyngernes udviklingstiltag

UDKAST

Sundhedsdirektørkredsen løser disse opgaver ved at:

- drøfte strategiske udfordringer for kommunerne i det tværsektoriellesamarbejde mellem kommuner, region og almen praksis.
- formulere overordnede strategiske og principielle kommunale holdninger og positioner til brug for de kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe samt understøtte de kommunale medlemmer af Sundhedssamarbejdsudvalget
- være afsender på fælleskommunale perspektiver ved høringer på det tværsektorielle sundhedsområde.

For det tredje danner Sundhedsdirektørkredsen rammen om samarbejde med de øvrige kommuner i landet i forhold til kommunal interessevaretagelse på nationalt niveauaf mere strategisk karakter.

Sundhedsdirektørkredsen løser disse opgaver ved at:

- Udvalgte repræsentanter fra hver sundhedsklynge fra formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen deltager i KL's sundhedsstrategiske gruppe
- søge indflydelse i nationale arbejdsgrupper o. lign.
- sikre orientering af de øvrige kommuner i kredsen, når kommunerdeltager i nationale udviklingsaktiviteter
- være proaktive i forhold til deltagelse i den nationale meningsdannelse.

ORGANISERING

MEDLEMSKREDS

Sundhedsdirektørkredsens medlemmer består af den øverste chef med beslutningskompetencepå sundhedsområdet i hver kommune. Det er som hovedregel ikke muligt at sende en stedfortræder for denne person. Tovholderen for sundhedsområdet fra Kommunekontaktrådet (kommunaldirektør) er også medlem af Sundhedsdirektørkredsen.

Endvidere deltager følgende sekretariatsfunktioner:

- En repræsentant fra sekretariatet for KKR Syddanmark,
- formanden for den fælleskommunale økonomigruppe, og
- Fælleskommunalt Sundhedssekretariat.

FORMANDSKAB

Sundhedsdirektørkredsen konstituerer sig med en formand og op til ni næstformænd for en periode på fire år, hvorefter der foretages en ny konstituering.

Formandskabet bestemmes dels ud fra den politiske udpegning til Sundhedssamarbejdsudvalget, og udgøres derfor som minimum af de øverste chefer med beslutningskompetence på sundhedsområdet fra de kommuner, hvor politikerne er udpeget. Derudover kan der vælges yderligere én direktør med ansvar for sundhedsområdet fra hver sundheds klynge samt to kommunaldirektører med tovholderfunktion for sundhedsområdet.

Formandskabet udgør de kommunale medlemmer af Strategisk Sundhedsstyregruppe. Den kommunale næstformand til Strategisk Sundhedsstyregruppe vælges blandt formandskabet og vil typisk tilkomme den direktør, hvis borgmester er udpeget som næstformand i Sundhedssamarbejdsudvalget.
Formandsposten for Sundhedsdirektørkredsen og den kommunale næstformandspost for Strategisk Sundhedsstyregruppe behøver ikke varetages af den samme person.

Formandsskabet kan i tilfælde af betydeligt tidspres udarbejde høringssvarpå vegne af de 22 kommuner, der sendes til medlemmernes orientering samtidig med fremsendelsen til modtageren af høringssvaret

UDKAST

ARBEJDSGRUPPER
Sundhedsdirektørkredsen kan efter behov nedsætte fælleskommunale arbejdsgrupper og tvær-kommunale sundhedsnetværk.

SEKRETARIATSBETJENING
Sekretariatsfunktionen for Sundhedsdirektørkredsen varetages af Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, som deltager i Sundhedsdirektørkredsens møder, samt i møder i Strategisk Sundhedsstyregruppe og Sundhedssamarbejdsudvalget

ARBEJDSFORM
Sundhedsdirektørkredsen udøver sin virksomhed i møder. Der afholdes fem møder årligt. Sundhedsdirektørkredsen vedtager en mødeplan for et år af gangen. Møderne afholdes forinden møderne i Strategisk Sundhedsstyregruppe. Der kan ved behov indkaldes til korte, ekstraordinære virtuelle møder, hvor hastesager af høj prioritet kan drøftes.

Formanden og i dennes forfald en af næstformændene leder Sundhedsdirektørkredsens møder. Det tilstræbes, at Sundhedsdirektørkredsens fysiske møder afholdes på et geografisk centralt sted i regionen.

Dagsorden til Sundhedsdirektørkredsens møder udarbejdes af formandskabet. Kredsens medlemmer kan ved henvendelse til formanden få optaget et emne på den ordinære dagsorden. Forslag til dagsordenspunkter skal være sekretariatet i hænde senest tre uger før et ordinært møde. Dagsorden for et ordinært møde udsendes til Sundhedsdirektørkredsens medlemmer en uge før mødet.

Dagsorden er opdelt i en behandling af af fælleskommunale sager og en behandling af dagsorden for det kommende møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Behandlingen af sagerne til mødet i Strategisk Sundhedsstyregruppe forudsætter samtidig læsning af dagsorden hertil og indeholder en kommentering på de kommunale synsvinkler på sagen samt formandsskabets anbefalinger til generel referenceramme/mandat til de kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Dagsordenen vedr. de fælleskommunale sager afspejler Sundhedsdirektørkredsens opgaver i relation til samarbejdet mellem de 22 kommuner, herunder strategiske emner, tematiske drøftelser og kobling til kommunernes opgaveløsning.

Såvel oplæg fra de 22 kommuner og evt. eksterne aktører kan indgå i møderne.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat udarbejder et referat af mødet i Sundhedsdirektørkredsen. Referatet udsendes senest en uge efter mødets afholdelse til alle medlemmer af Sundhedsdirektørkredsen og disse har tre dage til at kommentere. Herefter betragtes referatet som godkendt.

IKRAFTTRÆDEN
Dette kommissoriums bestemmelser træder i kraft straks efter vedtagelse.

UDKAST

Kommissorium og forretningsorden for Strategisk Sundhedsstyregruppe (SSS)

Kommissorium

Grundlag

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter mål, som vi ved fælles hjælp arbejder frem imod og følger systematisk op på.

Folketinget har den 9. juni 2022 vedtaget Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.). Af loven fremgår det bl.a., at der etableres sundhedsklynger omkring landets 21 akuthospitaler. I Region Syddanmark etableres således fire sundhedsklynger – Sundhedsklynge Fyn, Sundhedsklynge Lillebælt, Sundhedsklynge Sønderjylland og Sundhedsklynge Sydvestjylland.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedssamarbejdsudvalget, og det overordnede koordinerende administrative organ er Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Kompetencer og opgaver

Strategisk Sundhedsstyregruppe har følgende kompetencer og opgaver:

- Administrativ understøttelse af Sundhedssamarbejdsudvalgets politiske arbejde
- Sikre målopfyldelse af de politiske visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023
- Sikre et effektivt, konstruktivt og udviklingsorienteret samarbejde på et strategisk niveau og på tværs af region, kommuner og almen praksis
- Ansvar for, at der sker tværgående kommunikation og information vedr. opgaver i det tværsektorielle samarbejde i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt øvrige relevante samarbejdspartnere
- Etablere en understøttende administrativ organisering og sikre et tæt samarbejde med de etablerede ledelsessystemer i regionen, kommunerne og praksissektoren
- Fungere som administrativ styregruppe for den administrative organisering under Sundhedsaftalen 2019-2023, herunder:
    - Sikre sammenhæng mellem administrative beslutninger om sundhedsaftalens udarbejdelse og tværsektorielle implementering, herunder foretage nødvendige prioriteringer
    - Nedsætte og opløse følgegrupper mv. og derigennem understøtte udviklingen, implementeringen, opfølgningen og evalueringen af Sundhedsaftalens forskellige indsatser og aftaler
    - Træffe beslutninger af principiel administrativ karakter inden for Sundhedsaftalens rammer

Formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe har kompetence til at godkende konkrete sager, der ikke har principiel karakter eller ressourcemæssige implikationer.

Beslutninger i Strategisk Sundhedsstyregruppe træffes som udgangspunkt i enighed. Ved eventuel uenighed mellem partnerne i forbindelse med sager til Sundhedssamarbejdsudvalget, følgegrupperne o.a. skal dette fremgå af sagsfremstilling og indstilling samt mødereferater.

Sammensætning

Strategisk Sundhedsstyregruppe består af:

- 1-2 kommunale direktører fra hver sundhedsklynge samt 2 repræsentanter fra kredsen af kommunaldirektører

- Regionens koncerndirektør samt den sygeplejefaglige direktør fra de fire somatiske sygehuse samt den administrative direktør fra Psykiatrisygehuset.
- To praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Med henblik på at understøtte koncerndirektøren deltager endvidere afdelingscheferne fra Tværsektorielt Samarbejde samt Praksis.

Strategisk Sundhedsstyregruppe sekretariatsbetjenes af Koordinationsgruppen.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet. For at sikre kontinuitet i forummets arbejde kan der ikke sendes suppleanter.

Forretningsorden

Mødeafholdelse

Der afholdes som udgangspunkt et ordinært møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe fem gange om året af to timers varighed, dog med mulighed for forlængelse. De ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum afholdes som udgangspunkt cirka en måned forud for møderne i Sundhedssamarbejdsudvalget.

Foruden de fem ordinære møder pr. år afholdes der:

- Et årligt møde mellem Strategisk Sundhedsstyregruppe og alle følgegrupperne og kompetencegrupperne
- En årlig inspirationsdag med besøg på en institution eller lignende enten nationalt, regionalt eller kommunalt og med eventuel deltagelse af medlemmer af følegrupperne.

Herudover kan formandskabet indkalde til ekstraordinære møder, ligesom formandskabet kan vælge at afholde formandskabsmøder efter behov.

Afbud til møder meddeles til både sekretariatet og formandsskabet.

Formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe afholder forud for hvert ordinært møde et formøde. Formøderne afholdes cirka 2 uger forud for de ordinære møder i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Dagsorden

Dagsordenen opdeles i tre overordnede punkter: Strategiske drøftelser, enkeltsager og skriftlige orienteringer. På det foregående møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe aftales temaer til strategisk drøftelse, som forummet ønsker at drøfte ved næstkommende møde. For at frigive tid til strategiske drøftelser vil sager af orienterende karakter blive sat på dagsordenen til skriftlig orientering. Formandskabsgodkendte sager vil blive sat på dagsordenen til skriftlig orientering. De skriftlige orienteringer vil kun blive drøftet på selve møderne, såfremt et medlem af Strategisk Sundhedsstyregruppe ønsker det.

Dagsorden med bilag udsendes som udgangspunkt senest to uger før, mødet skal afholdes. Når særlige forhold gør sig gældende, kan eftersendelse af dagsordenspunkter og materiale finde sted. Alle medlemmer kan fremsende punkter til behandling i Strategisk Sundhedsstyregruppe. Sagsfremstillingen skal indeholde en kort beskrivelse af sagen samt en klar og præcis indstilling om, hvad Strategisk Sundhedsstyregruppe skal tage stilling til. Af hensyn til den samlede dagsordensmængde indstilles det, at omfanget af bilag søges begrænset mest muligt. Dagsorden besluttes og godkendes af Formandskabet, der indkalder til møderne.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Referat

Beslutningsreferat udarbejdes umiddelbart efter møderne i Strategisk Sundhedsstyregruppe og skal indeholde den nødvendige baggrundsinformation og lignende af hensyn til forståelsen og gennemsigtighed for samarbejdsparter i alle berørte sektorer. Eventuel uenighed eller forskellige principielle synspunkter skal fremgå af referatet, såfremt en part anmoder om det. Referatet godkendes ved skriftlig høring af medlemmerne af Strategisk Sundhedsstyregruppe med en uges svarfrist. Referatet skal indeholde oplysninger om, hvilke medlemmer der var til stede samt eventuelle afbud.

Dagsordner og referater fra møderne i Strategisk Sundhedsstyregruppe er, i det omfang de ikke indeholder fortrolige oplysninger, tilgængelige for offentligheden på Region Syddanmarks og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariats hjemmeside.

Mødeledelse

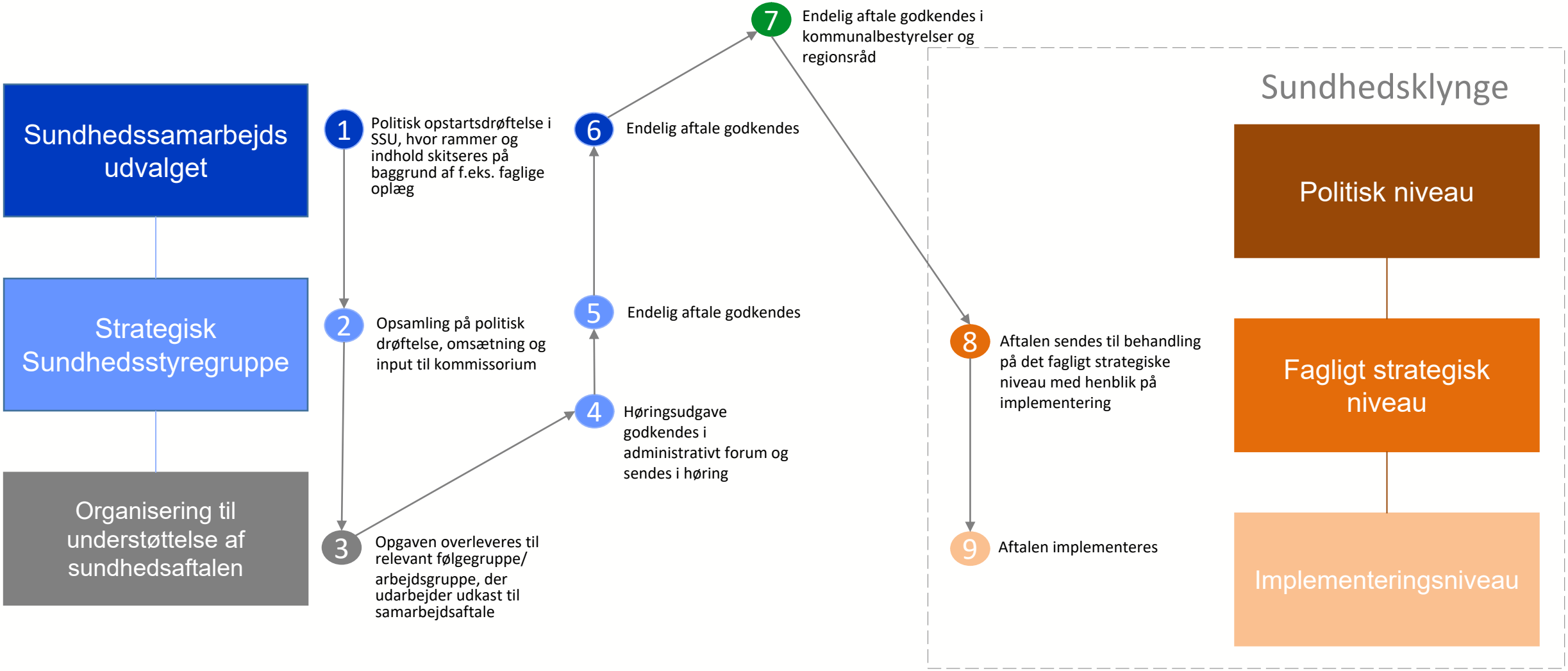
Formandskabet leder på skift møderne i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Godkendt i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 8. september 2022

UDKAST

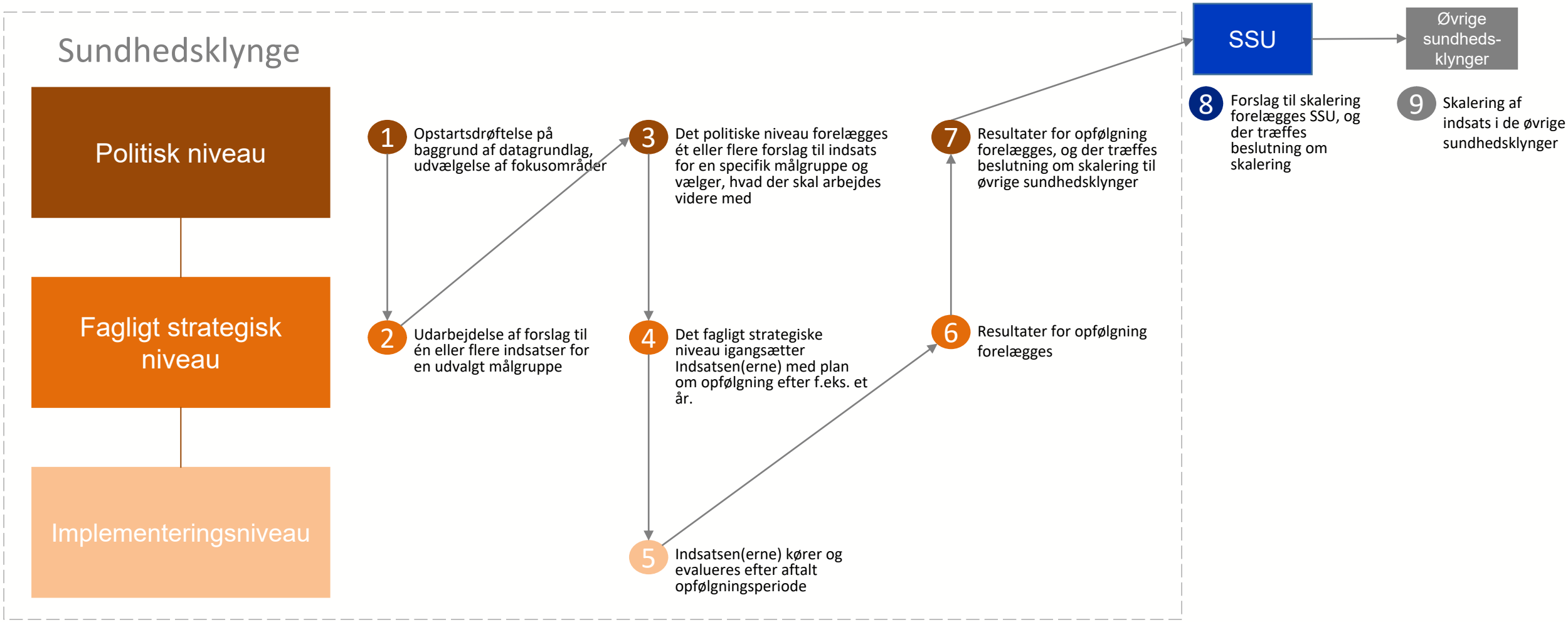
Eksempel på sagsflow mellem SSU og det nye administrative forum: Ny samarbejdsaftale

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



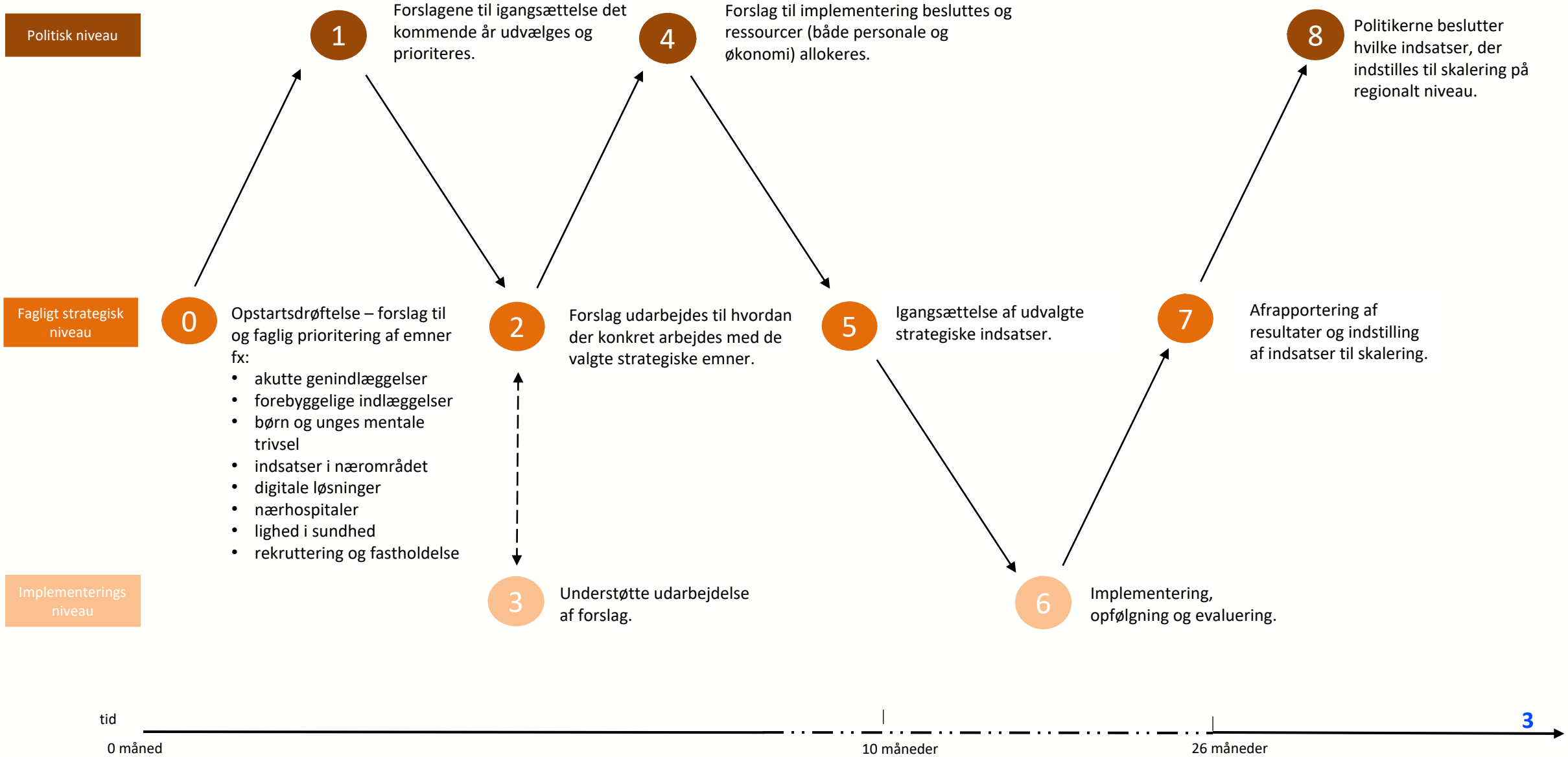
Eksempel på sagsflow ift. skalering af lokal indsats fra en sundhedsklynge

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



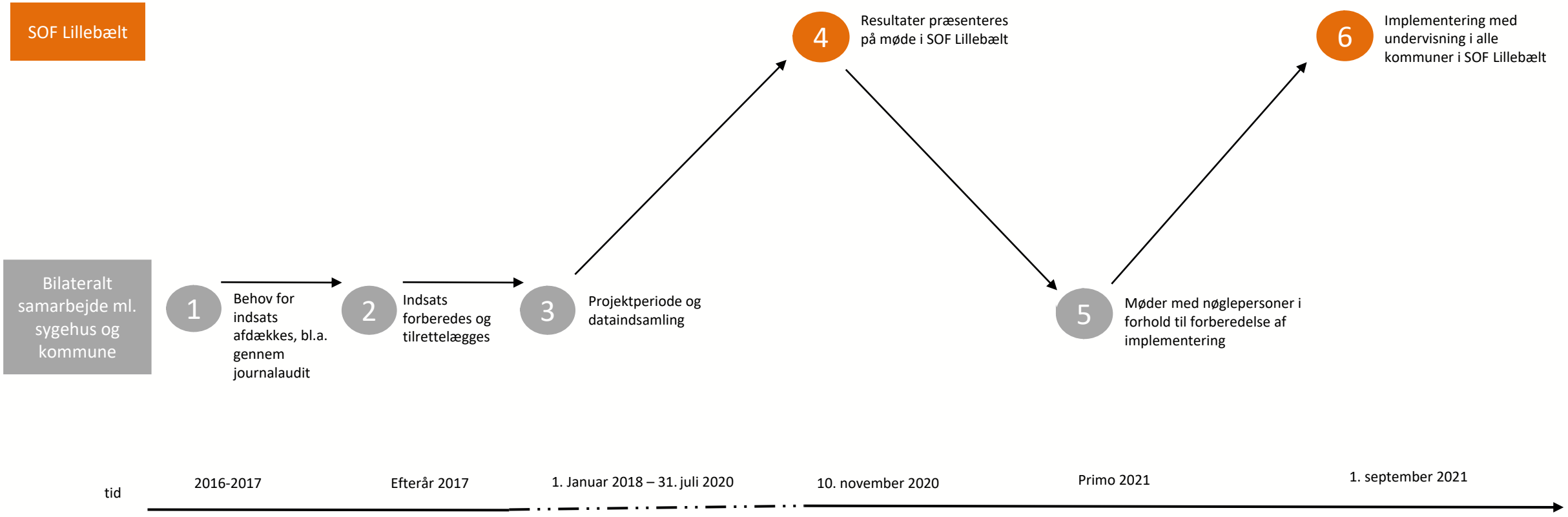
Eksempel på sagsflow ift. udvikling af lokal indsats med tidsangivelse

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Eksempel på sagsflow ift. udvikling af indsatsen Kom Trygt Hjem i SOF Lillebælt

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark

Juni 2022

Til

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Forum

Tilbagemelding om" Undersøgelse af leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau"

Socialdirektørforum (SDF) har d. 24. juni 2022 drøftet sagen om undersøgelse af leverandører af rehabilitering på det specialiserede niveau for erhvervet hjerneskade. Tak for muligheden for at komme med input forud for drøfter af resultaterne i Sundhedsstrategisk Forum (SSF), det tværsektorielle forum med regionen og Praktiserende lægers organisation (PLO).

Socialdirektørforum bemærker:
Specialeplanlægning og sundhedsaftaler på sundhedsområdet er udbredt. På Socialområdet pågår der aktuelt regeringsdrøftelser om indførelsen af speciale planlægning. Vi forventer det vedtages.

Denne sag afspejler et af de vanskelige elementer i, at der laves planlægning og aftaler, som rummer meget specifikke krav til tilstedeværelsen af bestemte faglige medarbejdere på et tilbud, som en forudsætning for, at tilbuddet lever op til kravene om at være et højt specialiseret tilbud.

Den manglende tilstedeværelse af eksempelvis socialrådgivere på et rehabiliteringstilbud, ender med at stå i vejen for, at tilbuddet kan betragtes som et højt specialiseret tilbud. Måske udfører de pågældende tilbud faktisk et rigtig godt fagligt rehabiliteringsarbejde, også uden socialrådgivere på stedet. Vores myndighedsafdelinger på både det sociale og sundhedsmæssige område, har i øvrigt altid samarbejdet med borgere om deres forløb og situation.

Socialdirektørforum opfordrer derfor Sundhedsstrategisk Forum til at drøfte i det administrative kontaktforum, hvilke muligheder der er for at ændre kravet til tilstedeværelsen af socialrådgivere, som et krav til rehabiliteringsstedet. Socialdirektørforum indgår gerne i drøftelser om emnet.

De øvrige mangler i de faglige kompetencer, som vi kan se findes i den vedlagte liste, vurderes vigtige i en rehabiliteringskontekst. Det må kunne løses praktisk, at de pågældende tilbud får lavet aftaler/kontakter/samarbejdsaftaler med de nødvendige faglige medarbejdere, uden der er tale om egentlige fuldtidspersoner og ansættelse heraf.
Såfremt SSF ønsker, at SDF skal indgå i dialogen med de tilbud herom, gør vi gerne det. Vi finder det vigtigt, at der i Syd findes/bevares tilbud der kan løse rehabiliteringsopgaver for disse borgere.

Socialdirektørforum er desuden optagede af, hvordan der kan arbejdes med at styrke de lokale matrikelløse tilbud med de nødvendige faglige kompetencer. Vi møder borgere som allerhelst vil have deres indsats i hjemmet, hvilket er forståeligt. Det kalder på tilstedeværelsen af de nødvendige faglige kompetencer enten i centrale dele af kommunen, som kan trækkes ind i rehabiliteringen i hjemmet ad hoc, eller alternativt at de private tilbud har fagligheder vi kan tilkøbe efter behov. Der er helt klart her en udviklingsmulighed som vi ser spændende perspektiver i og som kan udvikles mere. Dette drøfter Socialdirektørforum videre i den kommende tid.

Venlig hilsen
Lise Plougmann Willer
Formand for Socialdirektørforum

Region Syddanmark

Afdeling: Sundhedssamarbejde og Kvalitet
Udarbejdet af: Annette Lunde Stougaard/Asger Kudahl

Journal nr.:
E-mail: Annette.Stougaard@rsyd.dk
Dato: 30. november 2015
Telefon: 2920 1194

Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau

Grundlæggende principper for samarbejdet

I oktober 2014 blev reglerne på genoptræningsområdet ændret med bekendtgørelse nr.1088 og vejledning nr. 9759 af henholdsvis 6. og 8. oktober. Regelændringen betød bl.a., at en ny kategori af genoptræningsplaner blev indført: genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale fastlægger rammerne omkring samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i Region Syddanmark om patienter, som får en genoptræningsplan af denne type.

Samarbejdet om patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau tager altid udgangspunkt i intentionen med regelændringen og den nye kategori. Intentionen er, at kvaliteten i genoptræningsindsatsen og sammenhængen i den samlede, koordinerede rehabiliteringsindsats skal styrkes, og at der skal være sikkerhed for, at alle patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau får samme effektive indsats uanset hvor i regionen, de er bosat.

Dialog og samarbejde
Udgangspunktet er, at indsatsen skal tilrettelægges i et tæt samarbejde mellem patient, pårørende, sygehus og kommuner. Dialogen følger samme principper, som gælder for samarbejdsaftalen om borger og patientforløb, Sam:Bo aftalen:

- Indsatsen afpasses efter behovet
- Udskrivningen begynder ved indlæggelsen
- Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog
- Borgeren / patienten inddrages

Den første dialog mellem sygehus og kommune sker i henhold til Sam:Bo. Her orienteres kommunen hurtigst muligt om, at der er sandsynlighed for, at patienten udskrives med en genoptræningsplan (GOP) til rehabilitering på specialiseret niveau, og det aftales, hvordan det konkrete samarbejde skal etableres.

Målgruppen
Den primære målgruppe for denne aftale er voksne med erhvervet hjerneskade. Baggrunden for dette er, at Sundhedsstyrelsen har udgivet både et forløbsprogram og nogle faglige visitationsretningslinjer, som gør det muligt for sygehuse og kommuner i fællesskab at definere både en målgruppe og indholdet i den tværfaglige, tværsektorielle indsats.

Det betyder ikke, at der ikke vil kunne findes patienter med andre primære diagnoser, der kan have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Denne aftale kan

forhåbentlig også fungere som fundament for den dialog mellem sygehus og kommune, som skal finde sted i sådanne situationer.

Generelt om målgruppen for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:

Følgende fremgår af bekendtgørelsen om genoptræningsplaner:
Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

Målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade med behov for genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

I de faglige visitationsretningslinjer beskrives målgruppen blandt andet med følgende definition:
Patienterne har behov for en betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig. Patienterne har behov for både genoptrænings- og andre rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau, samt inden for sundheds- og social-, undervisnings- eller beskæftigelsesområdet […]Nogle patienter vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle patientens vågne timer (FVR afsnit 7.1.)

Jf. Den Centrale Udmelding anslår Sundhedsstyrelsen, at 6-8 patienter pr. 100.000 indbyggere pr. år vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Yderligere identifikation af målgruppen i Region Syddanmark:
Patienter i målgruppen har været indlagt på OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, idet genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau alene kan udarbejdes af en afdeling med regionsfunktion. (Vejledningen afsnit 5.2)

Patienter hjemmehørende i en kommune i Region Syddanmark, der i en periode behandles på Hammel Neurocenter, skal overflyttes til enten OUH-NR eller SVS-Grindsted Neurorehab, hvis de har behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Derudover indebærer udmøntningen i Syddanmark af bestemmelserne om rehabilitering på specialiseret niveau, at patienter i målgruppen kendetegnet ved følgende:

- Patienter i målgruppen har behov for en samtidig specialiseret sundheds- og socialfaglig indsats.
- Genoptræningsplanen beskriver en tidsafgrænset indsats. Udgangspunktet er, at patienten i denne fase har behov for en døgndækkende indsats (evt. ophold på et socialt døgntilbud)
- Patienterne har svære somatiske eller psykiatriske følger af hjerneskade eller betydelig komorbiditet. Der er medicinske problemstillinger, som varetages i sygehusregi, og dermed

behov for løbende koordinering mellem genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser og lægelig behandling og/eller sygepleje på specialiseret niveau (FVR kap. 7.3)
- Patienten har et eksplicit behov for flere af de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer, der er beskrevet i den faglige visitationsretningslinje. (FVR kap. 7 og 8)

Krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau

I de faglige visitationsretningslinjer kap. 7 og 8 er beskrevet krav til blandt andet kvalitet, kompetencer og kapacitet.

For leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau gælder:
- Tilbuddet er forankret på det sociale område, men varetager indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet.
- Forløbet er organiseret som et koordineret sammenhængende, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
- For at være dækket ind i forhold til borgernes behov skal følgende fagpersoner være ansat:
    - Neuropsykologer, audiologopæder, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, evt. socialrådgivere
    - Herudover skal der være adgang til lægelig behandling (Der skal være aftaler med sygehus)
- Leverandøren har indgået formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning (FVR afsnit 8.2.6)

For det sundhedsfaglige del af tilbuddet gælder (FVR kap 7 og 8):
- Tilbuddet har et tæt samarbejde (samarbejdsaftale) med sygehussektoren, sådan at sygehuslægen kan fungere som konsulent.
- De sundhedsfaglige indsatser skal leveres af autoriserede sundhedspersoner
- De sundhedsfaglige medarbejdere arbejder udelukkende med patienter med neurologiske lidelser.
- Tilbuddet skal råde over 2-3 autoriserede fagpersoner med samme uddannelse for at sikre tilstrækkelig dækning
- De sundhedsfaglige medarbejdere deltager i forskning og udviklingsarbejde

For den socialfaglige del af tilbuddet gælder[1]:
- Faggrupperne har erhvervet sig specialiserede neurofaglige kompetencer; for psykologer vil det fx betyde erhvervelse af psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.

[1] Punkterne er formuleret af en kommunal arbejdsgruppe nedsat af Socialdirektørforum i Region Syddanmark. Formanden for arbejdsgruppen har orienteret om gruppens forslag til kriterier for graduerede specialiserede døgntilbud på hjerneskadeområdet, jf. rammeaftalen. Socialdirektørforum har på mødet den 27. marts 2015 taget orienteringen til efterretning.

- Der er etableret vidensmiljøer bestående af minimum 3 personer med beslægtede uddannelser
- 75 % af personalet har minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III.
- Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision, og supervisionen forestås af specialistgodkendt neuropsykolog.
- Faggrupperne deltager i udviklingsarbejde og bidrager til forskning.
- Faggrupperne indgår i vidensdeling og kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere.
- Tilbuddet samarbejder med lokale vidensmiljøer, det regionale vidensmiljø og VISO.

Kommunen skal sikre sig, at leverandøren af rehabilitering på specialiseret niveau besidder kompetencer til at imødekomme borgeren behov for indsats (FVR afsnit 7.3):

Har patienten behov for indsatser i forhold til mentale funktioner, herunder hukommelse og opmærksomhed, overordnede kognitive funktioner, følelsesfunktioner, adfærd, perception m.fl., skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat neuropsykologer og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer ift. disse områder Har patienten behov for indsatser i forhold til sprogfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat audiologopæder med specialiserede kompetencer ift. dette område, ligesom der skal være adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne Har patienten behov for indsatser i forhold til *bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner,* skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt sygeplejersker med specialiserede kompetencer Har patienten behov for indsatser ift. *omsorg for sig selv, daglig livsførelse, mobilitet, beskæftigelse, uddannelse,* skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat ergoterapeuter, pædagogisk personale, eventuelt neuropsykologer og socialrådgivere samt andre relevante faggrupper med specialiserede kompetencer Har patienten *svære somatiske eller psykiatriske følger* af hjerneskaden eller betydelig komorbiditet, kan der være behov for, at der på det specialiserede rehabiliteringstilbud er adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. I andre tilfælde vil dette kunne varetages i et samarbejde med sygehuset og/eller patientens praktiserende læge

Sygehusets ansvar og opgaver

Fra vejledningen om genoptræning:

Genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau skal udarbejdes tværfagligt:
Såfremt det vurderes, at patienten skal have en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, er det en forudsætning, at der i vurderingen og i udarbejdelsen af genoptræningsplanen er inddraget relevante sundhedspersoner, som for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter samt andre faggrupper som for eksempel neuropsykologer og audiologopæder, der skal forestå genoptræningen efter udskrivelse. (Afsnit 5.2 i vejledningen)

Region Syddanmark

Udskrivningskonference
Sygehuset skal sikre, at der afholdes udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når patienten udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau. Ved udskrivningskonferencen drøftes behovet for fortsat samarbejde mellem sygehus og kommune. (FVR afsnit 3.1.2)

Genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau
Det samlede rehabiliteringsbehov er beskrevet fra sygehuset i den endelige genoptræningsplan kommunen modtager (Under forudsætning af, at udarbejdelsen er sket i det aftalte samarbejde jf. Sam:Bo og bekendtgørelse).

Ud over de krav, der er om oplysninger i genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau, fremgår det også af vejledningens afsnit 5.4.3 at *"…(der) kan eventuelt gives anbefalinger til metode, omgang og karakter af den videre indsats".* Hermed har lægen videre beføjelser i forhold til at beskrive konkrete indsatser i kommunalt regi, end det er tilfældet ved de andre typer af genoptræningsplaner.

Dog kan der stadig ikke anbefales navngivne institutioner eller leverandører.

I teksten er der henvist til følgende udgivelser:

FVR: "En Faglige Visitationsretningslinje" ("Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade", Sundhedsstyrelsen, dec. 2014) LINK

Vejledningen: "Vejledning om genoptræning og vedligeholdende træning i kommuner og regioner", Sundheds- og Ældreministeriet samt Social – og Indenrigsministeriet, okt. 2014 LINK

Den Centrale Udmelding: "Central Udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", Socialstyrelsen, nov. 2014 LINK

Oversigt over leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau – krav og uddybende bemærkninger

Institution:	Organisering:	Begrænsninger ift. krav i aftalen:
Bjerggårdshaven	Odense Kommunes Ældre og handicapforvaltning	• Ingen socialrådgiver ansat *Vi samarbejder med kommunes myndighed der begge er socialrådgivere. Der er ligeledes etableret et Neuroteam på tværs af BSF (beskæftigelses og socialforvaltningen) omkring borgens generelle sag f.eks. i forhold til forsørgelse og erhvervsafklaring. Dette betales der ikke for.*
Neurorehabilitering Tagdækkervej, Hammel	Socialområdet Region Midtjylland.	• Ingen socialrådgiver ansat *Nej, vi har ikke socialrådgivere ansat og tilkøber det heller ikke. Vi henviser til den socialrådgiver i kommunen, som har købt pladsen hos os* • Er begrænset ift. at modtage borgere med "Svære somatiske og psykiske følger"
Vejlefjord Rehabilitering og Ny Fjordbo	Organiseret under Vejlefjord Fonden	• Ingen socialrådgiver ansat *Vejlefjord Rehabilitering har tidligere haft en socialrådgiver ansat. Erfaring er, at der ikke var det store behov for netop disse kompetencer, mens patienten er under indlæggelsen, nu tilkøbes ydelser ved behov, hvilket er sjældent. Den forløbsansvarlige neuropsykologer afklarer sådanne opgaver i fællesskab med kommunen.*
Rehabiliteringscenter Bakkegården, Faaborg-Midtfyn Kommune	Organiseret under Sundhed og Ældre og Det socialfagligområde (Bostøtte m.fl.) I Faaborg-Midtfyn Kommune	• Ingen neuropsykologer ansat (tilkøbes) • Sygeplejesker/SOSU tilknyttes ved behov • Svaret "Nej til: - Arbejder den sundhedsfaglige personalegruppe udelukkende med patienter med neurologiske lidelser? - Har 75 % af den socialfaglige personalegruppe minimum to års erfaring med hjerneskaderehabilitering i fase III?' - Modtager den socialfaglige personalegruppe fast og hyppig supervision og varetages af specialistgodkendt neuropsykolog? • Svaret "ingen aftaler" ved: Vedlæg samarbejdsaftaler om 1) adgang til lægelig behandling og konsulentbistand samt 2) aftale med institutioner, der bedriver udvikling og forskning • Er begrænset ift. at modtage borgere med "Svære somatiske og psykiske følger" • Har ikke modtaget tilsyn *Er leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau. Når de vurderer at borgeren kan have gavn af et kommunalt tilbud, så laver de et tilbud på tværs af afdelinger. De anvender også eksterne leverandører, når de vurderer at borgeren har behov for det, eller hvis der kommunalt ikke er de nødvendige kompetencer. (I 2021 har kommunen haft 4 GOP til rehab. Spec., én blev varetaget af en eksterne leverandør)*
Bo- og rehabiliteringscenter Lunden	Organiseret under Socialområdet Varde Kommune	• Ingen neuropsykologer ansat (tilkøbes) • Ingen socialrådgiver ansat
Center for Senhjerneskade i Kolding Kommune.	Organiseret under Center for Senhjerneskade, i Kolding kommune.	• Ingen neuropsykologer ansat (tilkøbes) • Ingen audiologopæder ansat • *denne kompetence hentes ved kommunal samarbejdspartner fra CSV* • Ingen socialrådgiver ansat *Den socialrådgiverbistand der er behov for hentes ved Kolding Kommunes myndighedsafdeling i*

		Socialforvaltningen samt fra socialrådgiverne i Jobcentret særligt i § 107 tilbuddet • Svaret "ingen aftaler" ved: Vedlæg samarbejdsaftaler om 1) adgang til lægelig behandling og konsulentbistand samt 2) aftale med institutioner, der bedriver udvikling og forskning *1)vi har ingen formelle samarbejdsaftaler – vi benytter det etablerede system med almen praktiserende læge og den vej får lavet henvisninger til rette speciallæge for den enkelte borger.* *2)Ingen aftaler. Vi sørger løbende for at orientere os i forhold til den evidensbaseret viden på området og henter viden ved kursus og efteruddannelse af medarbejdere og derved sikre, at vi udvikler vores tilgange og metoder efter bedste praksis*
Neurorehabilitering Toftegården, Viborg	forankret i Omsorgsafdelingen under Social, Sundhed og Omsorg, Viborg Kommune	• Ingen socialrådgiver ansat • Ingen audiologopæder ansat *Der er indgået formaliserede samarbejdsaftaler mellem Viborg og Skive kommune med Center for Kommunikation og Undervisning (CKU), som leverer tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade inden for logopæd, Syn og IKT. Der er udarbejdet lokale aftaler og procedure for samarbejde mellem Neurorehabilitering Toftegården og logopæd fra CKU, hvor Logopæd indgår i tæt tværfagligt samarbejde i borgerens rehabiliteringsforløb, efter henvisning*
Neurocenter Østerskoven, Hobro		• Har ikke socialrådgivere ansat • Svaret "Nej" til: Er begrænset ift. svære somatiske og psykiske sygdomme? *Såfremt der kommer borgere med komplekse somatiske problemstillinger som medarbejderne ikke har aktuelle kompetencer indenfor, forsøges der at opkvalificere disse kompetencer og evt. lave aftale med Aalborg universitetshospital.*

Samarbejdsaftale på demensområdet

udkast til revidering 2022

Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark

Indhold

1 Aftalens baggrund og præmisser 4
1.1 | Målgruppe for samarbejdsaftalen 5
1.2 | Definition af demens 5
1.3 | Arbejdsgruppens sammensætning 5
1.4 | Værdigrundlag 6
1.5 | Samtykke 6
1.5.1 | Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter 6
1.5.2 | Behandling 7
1.5.3 | Omsorg og pleje 7
1.6 | Implementering 8
1.7 | Forudsætninger i aftalen 9
1.7.1 | Demenskoordinationsfunktion 9
1.7.2 | Kommunal kontaktinformation 9
1.7.3 | Regional kontaktinformation 9

2 Generel arbejdsdeling mellem region og kommune 10
2.1 | Regionen 10
2.1.1 | Den praktiserende læges opgaver 10
2.1.2 | Den lokale regionale demenskliniks opgaver 10
2.2 | Kommunen 11
2.2.1 | De kommunale opgaver 11
2.3 | Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flowdiagram 12

3 Opsporing 13
3.1 | Opsporing ved kommunalt personale 13
3.2 | Opsporing ved praktiserende læge 14
3.3 | Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling 14

4 Observation, udredning og diagnosticering 16
4.1 | Kommunen 16
4.2 | Praktiserende læge 16
4.2.1 | Udredning 16
4.2.2 | Afklaring 17
4.2.3 | Diagnosticering 17
4.3 | Regionens lokale demenskliniker 18
4.3.1 | Udredning 18
4.3.2 | Diagnosticering 19
4.4 | Specialiseret regionsfunktion for demensudredning 20

5 Behandling og pleje 21
5.1 | Antidemensbehandling 21
5.2 | Kommunale plejetilbud 21
5.2.1 | Tilbud til pårørende 22

6 Opfølgning 23
6.1 | Opfølgning på kommunalt tilbud 23
6.2 | Opfølgning på den medicinske behandling 23
6.2.1 | Praktiserende læge 23
6.2.2 | Lokal regional demensklinik 24

7 Øvrig information/viden og kompetenceudvikling 25
7.1 | Information og viden 25
7.2 | Kompetenceudvikling 25

8 Ordliste/begrebsforklaring 26

Bilag 1
Kommunal demenskoordinationsfunktion 29

Bilag 2
Målgruppe og henvisningskriterier til den lokale regionale demensklinik 31

Bilag 3
Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens 33

Bilag 4
Guidelines for lægekontakt når personer med demens ændrer adfærd 34

Bilag 5
God demensudredning - Demensudredning i primær og sekundær sektor 36

Bilag 6
Bruger- og pårørendeinddragelse 38

Bilag 7
Anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet 40

Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark

1. Aftalens baggrund og præmisser

Samarbejdsaftalen for demensområdet i Region Syddanmark er en aftale mellem praksisudvalget, den regionale demensindsats og regionens 22 kommuner. Formålet med aftalen er at sætte fokus på en klar arbejdsdeling og på sektorovergange i demensindsatsen i Region Syddanmark og sikre regionens borgere et ensartet tilbud uanset bopæl. Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre, at demensudredning og -behandling i Region Syddanmark foregår efter de seneste anbefalinger for området.

Samarbejdsaftalen tager afsæt i Sundhedsaftalen 2019-2023, hvori det fastlægges at:

"I Syddanmark baserer vi vores tværsektorielle samarbejde på værdier, der bygger på faglighed, ansvarlighed, respekt og gensidig læring. Det forventes af sundhedsprofessionelle i alle sektorer, at de til enhver tid tager ansvar for, at en borger oplever sammenhæng, tryghed og medbestemmelse i eget forløb."

Endvidere er aftalen baseret på Den nationale demenshandlingsplan 2025, Det regionale forløbsprogram for demens, De nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens og Dansk selskab for almen medicins (DSAM) kliniske vejledning om demensudredning i praksissektoren.

Samarbejdsaftalen på demensområdet supplerer primært én samarbejdsaftale: SAM:BO. SAM:BO er somatikkens samarbejdsaftale med kommuner og praktiserende læger før, under og efter et behandlingsforløb – ambulant såvel som stationært.

Da fokus i samarbejdsaftalen er at beskrive ansvarsområder og sektorovergange mellem region, kommuner og praksis, tages der ikke inden for den regionale indsats stilling til, om en ydelse leveres i somatisk eller psykiatrisk regi, idet arbejdsfordelingen vil kunne være forskellig inden for disse.

Særlige ændringer:

Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens indeholder nærmere anbefalinger for en række sundhedsfaglige indsatser. Arbejdsgruppen for den samlede demensindsats i Region Syddanmark har behandlet disse og indlagt dem i samarbejdsaftalen som bilag 7.

Desuden behandler arbejdsgruppen rehabilitering af borgere med demenssygdomme (se afsnit 1.3 i bilag 7 om anbefalinger til faglige indsatser), samt samarbejde med pårørende (bilag 6 om bruger- og pårørendeinddragelse) i bilag til samarbejdsaftalen, da arbejdsgruppen anser begge indsatsområder som grundlæggende tilgange i arbejdet med demensramte borgere.

1.1 | Målgruppe for samarbejdsaftalen

Målgruppen for aftalen er det sundhedsfaglige personale på sygehuse, praksisområdet og i kommunerne. Aftalens indhold retter sig mod personer med mulig -, let -, middel -, og svær demens, i primær sektor og sekundær sektor.

Dog varetager regionens oligofreniteams som hovedregel udredning og behandling af demens hos udviklingshæmmede personer.

1.2 | Definition af demens

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner. Demens er således ikke en specifik sygdom, idet mange forskellige sygdomme kan medføre demens.

Der er to internationale diagnosesystemer for demens:

- WHO's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. udgave (ICD-10)
- American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. udgave (DSM-5)

Der er visse forskelle i, hvordan demens defineres i de to sæt af diagnosekriterier, men i praksis er fagpersoner nogenlunde enige om, at demens er karakteriseret ved følgende:

- Svækkelse af en eller flere kognitive funktioner, herunder ofte hukommelse.
- Forringelse af den praktiske funktionsevne i hverdagen.
- Tilstanden udgør en forringelse i forhold til det tidligere funktionsniveau.
- Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med delir.
- Demens skyldes sygdom.

Mange af de sygdomme, der medfører demens, er fremadskridende og uafvendelige (irreversible), men dette indgår ikke i definitionen af demens.

1.3 | Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen, der har udarbejdet samarbejdsaftalen har bestået af:

Formandsskab:

- Anders Meinert Pedersen, lægefaglig direktør, Psykiatrien, Region Syddanmark
- John Zachariasen, Områdeleder, Tønder Kommune

Kommunale deltagere:

- Solveig Christiansen, leder af Sundhed og træning, Kerteminde Kommune
- Jane Ørkeby Gregersen, forløbschef, Odense Kommune
- Birthe Schelde, demensfaglig leder, Vejle Kommune
- Thorkild Sloth Pedersen, ældrechef, Varde Kommune
- Betina Schmidt Jørgensen, leder af Kompetencecenter for demens, Sønderborg Kommune

Regionale repræsentanter:

- Berit Dall Sørensen, afdelingslæge, Neurologisk afdeling N, Odense Universitetshospital
- Niels Espensen, Geriatrisk afdeling, Svendborg Sygehus
- Harald Floer, klinikleder, Neurologisk Klinik, Sygehus Sønderjylland
- Krzysztof Mateusz Siwiec, specialeansvarlig overlæge, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg, Psykiatrien i Region Syddanmark

Repræsentanter for interesseorganisationer:

- Sidsel Kloster Jensen, Alzheimerforeningen Fyn

Repræsentant for Praksisafdelingen, Region Syddanmark

- Simon Nyvang Mariussen, samordningskonsulent for praksiskonsulentordningen

Sekretariat:

- Hasse Gerner Nielsen, konsulent, tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark
- Helle Skibsted, udviklingskonsulent, Tønder Kommune

1.4 | Værdigrundlag

Aftalen og samarbejdet omkring udredning og behandling af mennesker med demenssygdom hviler på værdierne: respekt, faglighed, ansvar og gensidig læring.

Respekt er at anerkende det enkelte menneske som enestående, med ret til at bestemme over eget liv og helbred, og at mennesker med demenssygdom og deres pårørende (familie eller nær ven) er vores samarbejdspartnere. Især i forhold til netop mennesker med demenssygdom er pårørende en afgørende medspiller i opsporing, udredning, behandling og opfølgning. Videre er respekt ensbetydende med, at mennesker med demenssygdomme, efter formåen, medinddrages i planlægning af egen behandling, syge- og plejeaktiviteter såvel som juridiske beslutninger (se bilag 6 om bruger- og pårørendeinddragelse).

Faglighed betyder, at vi skal tilbyde mennesker med demenssygdom den behandling og sociale indsats, der er bedst og som passer til den enkeltes individuelle behov og ønsker. Både opsporing, udredning, behandling og opfølgning skal være baseret på anerkendt viden, og de professionelle omkring mennesker med demenssygdom skal være uddannede og fagligt kvalificerede til at løfte opgaven. Der kan foretages fælles kompetenceudvikling, hvor parterne finder det relevant.

At tage ansvar vil sige, at alle omkring mennesker med demenssygdom skal tage et fagligt ansvar for at opnå den bedste løsning. Samtidig skal der være et entydigt og sikkert ansvar for behandling og opfølgning for at sikre koordination og sammenhæng i indsatsen.

1.5 | Samtykke

1.5.1 | Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter
Patienten skal informeres om videregivelse af oplysninger og kan frabede sig, at det sker.

Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Indhentning af samtykke kan ske mundtligt eller skriftligt og skal journalføres

Videregivelse af oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsbehov for patienten, og når videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov. Videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge.

.

1.5.2 | Behandling
Hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver at vedkommende ikke vil behandles, fastlægger Lov nr. 655, Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, handlemulighederne.

1.5.3 | Omsorg og pleje
Kommunen yder hjælp efter serviceloven (f.eks. vedligeholdende træning, praktisk bistand eller hjælp til personlig pleje) samt sundhedslovens (f.eks. § 138 om hjemmesygepleje og 140 om genoptræning). I forhold til personer med nedsat psykisk funktionsevne skal der være særlig opmærksomhed på omsorgspligten i servicelovens § 82, hvorefter hjælpen skal ydes også uden samtykke.

Ved behov bør der for demente personer med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne også være opmærksomhed på reglerne vedrørende magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten, herunder de særlige indgrebsmuligheder over for demente i servicelovens kapitel 24 b.

1.6 | Implementering

Denne samarbejdsaftale bygger i vid udstrækning på samarbejdsaftalen af samme navn fra 2010. Det forventes dermed, at implementeringen allerede er fuldt udrullet for langt de fleste elementer i aftalen. I dette afsnit opridses de dele af samarbejdsaftalen, hvor der er foretaget væsentlige ændringer i forbindelse med revideringen. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at man orienterer sig særligt grundigt i disse og foretager konkret implementering i egen organisation herefter.

Udover nedenstående områder, er der foretaget mindre tilpasninger i de øvrige afsnit af samarbejdsaftalen efter kvalificerede input fra arbejdsgruppen og øvrige aktører på området. Disse justeringer er foretaget dels for at afspejle nuværende praksis og dels for at sætte mål for kvaliteten i demensindsatsen hos Region Syddanmark og de 22 kommuner. Det anbefales derfor, at hele den reviderede samarbejdsaftale gennemlæses med henblik på at kortlægge det konkrete behov for implementering af nye elementer i egen organisation.

- Afsnit 2.1.2 om de regionale demensklinikkers opgave er opdateret i overensstemmelse med nuværende praksis.
- Afsnit 7 om øvrig information og viden på området er opdateret ift. nyeste informationskilder.

- Bilag 1 om demenskoordinatorfunktionen er revideret i henhold til de erfaringer der er gjort med ordningen siden 2010.
- Bilag 2 om målgruppe og henvisningskriterier er revideret i henhold til anbefalingerne for sengeafsnit/indlæggelse af borgere med demens.
- Bilag 5, om god demensudredningsproces, er tilføjet.
- Bilag 6, om pårørende- og brugerinddragelse, er tilføjet.
- Bilag 7, om anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet, er tilføjet. Den bygger på afsnit 6 ”Faglige indsatser” i Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens 2020”, men er omskrevet med input fra arbejdsgruppen og øvrige aktører på området.

1.7 | Forudsætninger i aftalen

For at samarbejdsaftalen for demensområdet kan få fuld virkning, og samarbejdsparterne kan få optimal udbytte af de indgåede aftaler, kræver det, at nogle få men væsentlige forudsætninger er opfyldt.

1.7.1 | Demenskoordinationsfunktion

I aftalen henvises til den kommunale demenskoordinationsfunktion. Der er vedlagt en funktionsbeskrivelse for denne funktion som bilag 1 (”Kommunal demenskoordinationsfunktion”). Bilaget beskriver hvilke opgaver, demenskoordinationsfunktionen forventes at løfte i relation til samarbejdsmodellen. Hvorvidt kommunerne indfører en demenskoordinator eller løser opgaverne på anden vis er op til kommunerne, hvorfor begrebet ”-funktion” anvendes.

1.7.2 | Kommunal kontaktinformation

Kommunerne er ansvarlige for at opdatere information på Sundhed.dk om, hvor og hvordan samarbejdsparter skal henvende sig vedrørende mennesker med demenssygdom. Der skal angives oplysning for ”almindelig” samt akut kontakt.

1.7.3 | Regional kontaktinformation

Regionen er ansvarlig for at opdatere oplysninger på Sundhed.dk om, hvorledes de regionale tilbud vedrørende demensudredning kan kontaktes. Det skal angives oplysning for ”almindelig” og akut kontakt.

2. Generel arbejdsdeling mellem region og kommune

2.1 | Regionen

2.1.1 | Den praktiserende læges opgaver

Den praktiserende læge har en væsentlig rolle i opsporing af mennesker med demenssygdom. Den praktiserende læge bør reagere i sin kontakt med patienter, der udviser tegn på demens.

Når den praktiserende læge kontaktes med henblik på udredning for demens foretages relevante undersøgelser (se eksempel på god udredningspraksis i bilag 5), og hvis det er nødvendigt etableres kontakt til den kommunale demenskoordinationsfunktion.

Hvis den praktiserende læge skønner, at det er nødvendigt for at stille diagnosen og tilbyde patienten en relevant behandling, henvises patienten til den lokale regionale demensklinik til videre undersøgelse. Ligeledes kan opfølgning og behandling ske i samarbejde med den lokale regionale demensklinik. Den praktiserende læge vil endvidere i samarbejde med demenskoordinationsfunktionen kunne give rådgivning og støtte til patienter og de pårørende. Praktiserende læge har mulighed for at genhenvise patienter til en regional demensudredningsenhed samt modtage rådgivning og sparring herfra. Videre er der mulighed for at foretage tværfaglig sparring, i særlige komplekse sager, mellem regioner, kommuner og praktiserende læger.

Den praktiserende læge skal fungere som tovholder for patienten, når udredning i demensklinik er udført, og behandling er iværksat.

Det betyder, at det er den praktiserende læge der:

- er ansvarlig for forløbet, når patienten er afsluttet fra demensklinikken
- iværksætter eller henviser til relevant behandling og støtte, herunder den kommunale demenskoordinationsfunktion
- kan orientere om mulighederne for råd, vejledning og støttende tilbud hos de lokale patient- og pårørendeforeninger

En diagnostisk udredning for demens må ikke stå alene, men skal ledsages af grundig og relevant information til patienten og de pårørende.

2.1.2 | Den lokale regionale demenskliniks opgaver
De regionale demensudredningsklinikker er tværfaglige enheder med personale fra Specialerne geriatri, neurologi og psykiatri.

- Når den indledende vurdering og udredning i almen praksis giver anledning til specifik demensdiagnostik henvises patienten til en af de 4 regionale demensudredningsklinikker.
- De regionale demensudrednings varetager den videre udredning og specifikke demensdiagnostik på baggrund af den indledende udredning hos almen praksis.
- Udredningen foregår som hovedregel i en af klinikkerne, men hvis det skønnes mere hensigtsmæssigt kan udredning også foregå i patientens eget hjem.

- Når udredningen er gennemført informeres patient og pårørende om undersøgelsesresultater og diagnose. Der tilbydes igangsætning af relevant behandling, hjælp og støtte og der orientereres om tilbud hos de lokale patient og pårørendeforeninger. Dette sker altid ved en personlig samtale, ledsaget af skriftlig information.

- Demensklinikkens behandlingsansvarlige læge orienterer patientens egen læge, som overtager det lægelige behandlingsansvar, når patienten er færdigudredt.

- Demensklinikken tager efter samtykke kontakt til kommune/demenskoordinatorfunktion.

- Den behandlingssvarlige læge kommer med anbefalinger til den videre behandling i almen praksis, når en patient afsluttes på sygehus/udredningshed.

- Den behandlingsansvarlige læge skal fremgår af epikrisen, så almen praksis har mulighed for at tage direkte kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

- Praktiserende læge har mulighed for at genhenvise patienter til en regional demensudredningsenhed samt modtage rådgivning og sparring herfra.

Særligt komplekse demenspatienter kan i nogle tilfælde henvises til Demensklinik Fyn under Neurologisk afdeling eller til regionsfunktionen i Sønderborg.

2.2 | Kommunen

2.2.1 | De kommunale opgaver
Kommunen observerer og reagerer på henvendelser fra borgere, pårørende eller venner og tilbyder rådgivning og vejledning til borgere med demenslignende symptomer og dennes pårørende, både med hensyn til udredning og tilbud. Endvidere er kommunen behjælpelig med at

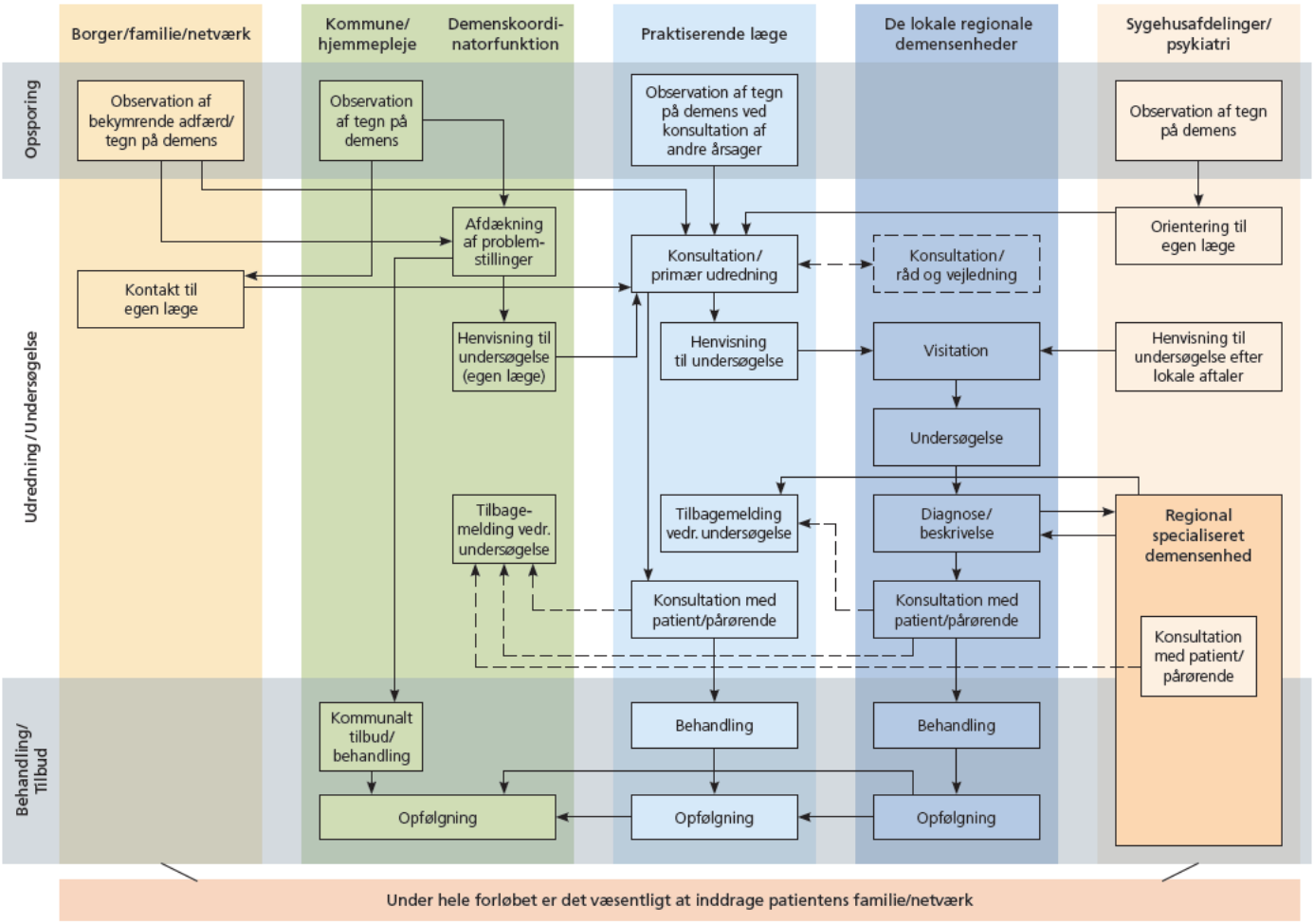
skabe kontakt til de praktiserende læger med henblik på demensudredning for borgere, der ikke selv er i stand til dette.

Når der er foretaget en udredning og eventuelt iværksat behandling, sørger kommunen for at etablere rehabiliterings- /pleje- og omsorgstilbud med baggrund i Sundhedsloven og Serviceloven. I visse tilfælde kan det, efter borgers behov, være relevant, at kommunen sideløbende med udredningen iværksætter tilbud.

Endvidere kan der ved behov etableres støtte- og vedligeholdelsestræning til borgeren og støtte til pårørende. Tilbuddene målrettes den enkelte borger ud fra de individuelt afdækkede behov, jf. afsnit 5.2, og den enkelte kommunes serviceniveau.

Kommunen følger kontinuerligt op på borgerens behov for pleje og omsorg og justerer de visiterede tilbud både i sammensætning og omfang.

2.3 Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flowdiagram



3. Opsporing

Borgeren, borgerens netværk (pårørende, venner, naboer mv.) eller kommunale medarbejdere er ofte de første til at observere tegn på demenssygdom hos borgeren.

Hvis det er borgeren selv eller dennes pårørende, der observerer ukarakteristisk adfærd, videregives dette til praktiserende læge, den kommunale demenskoordinationsfunktion og/eller hjemmepleje, efter aftale med borgeren. Demenskoordinatorfunktionen/hjemmepleje gør borger eller pårørende opmærksomme på, at udredning alene kan foregår ved læge- eller demensklinik.

Observeres der adfærdsændringer hos en borger med en kendt demenssygdom rettes henvendelse til den praktiserende læge og/eller den kommunale demenskoordinationsfunktion (se bilag 3 om guide til lægelig kontakt ved mistanke om demens).

Er borgeren under udredning eller i behandling ved den lokale regionale demensklinik, rettes der henvendelse hertil.

3.1 | Opsporing ved kommunalt personale

Hvis det er det kommunale personale, der observerer tegn på begyndende demenssygdom hos borgeren eller adfærdsændringer hos den kendte demensramte borger, skal det kommunale personale sikre, at der handles på observationerne, jf. gældende procedurer i kommunen.

Ved tegn på begyndende demenssygdom, orienterer personalet borgeren og dennes pårørende om muligheden for demensudredning, og borgeren opfordres til / tilbydes hjælp til at opsøge egen læge med henblik på demensudredning.

Efter samtykke fra borgeren orienteres den praktiserende læge om behovet for demensudredning.

Observationer kan f.eks. ske ved de forebyggende hjemmebesøg, hvor de kommunale medarbejdere reagerer på observationer i dialogen med borgeren og eventuelt pårørende. De kommunale medarbejdere foretager en umiddelbar kvalificering af observationer, ligesom de reagerer på henvendelser fra borger, pårørende, naboer eller venner.

Dette betyder, at medarbejderne i kommunen skal kende til de mest almindelige demenstegn og have et bredt kendskab til forskellige demensformer, symptomer, adfærd, behandling, pleje og omsorg i forhold til mennesker med demenssygdom.

3.2 | Opsporing ved praktiserende læge

Den praktiserende læge kan modtage oplysninger fra borger/pårørende eller fra kommunale medarbejdere. Praktiserende læge skal desuden selv være opmærksom på tegn på demenssygdomme ved konsultationer og eksempelvis om det fortsat er hensigtsmæssigt at borgeren har kørekort. Ligeledes skal den praktiserende læge være opmærksom på adfærdsændringer hos patienter med en kendt demenssygdom.

Hvis den praktiserende læge identificerer demenssymptomer eller adfærdsændringer hos patienter med kendt demens eller modtager henvendelser om det, skal der sammen med patient og pårørende tages stilling til, om der skal foretages udredning for demens eller adfærdsforstyrrelser og dermed foretages henvisning til den lokale regionale demensklinik. I den forbindelse overvejes, om der kan være tale om andre tilstande, som kan give mentale svækkelser.

Når egen læge henviser til undersøgelser og behandling i regionen (udover til den regionale demensklinik; jf. bilag 2) bør henvisningen indeholde følgende punkter:

- Diagnoser
- Væsentlige andre sygdomme: Her præciseres at patienten har demensdiagnose/kognitiv svækkelse.
- Sociale forhold herunder navn, adresse og telefonnummer på pårørende

Dette skal sikre pårørendeinddragelse samt tryg sektorovergang for patienten til/fra undersøgelse/behandling. Videre giver det den modtagende afdeling bedre mulighed for at tilrettelægge undersøgelse/behandling med udgangspunkt i personcentreret/individuel pleje og behandling til den enkelte patient med demens.

Den praktiserende læge skal kunne dokumentere, at der er indhentet tilladelse til at kontakte pårørende, samt at kommunen er kontaktet, hvis der vurderes at være behov for det.

3.3 | Opsporing ved somatisk sygehus/psykiatrisk afdeling

Patienter indlagt på sygehusafdelinger eller i ambulatorier kan have tegn på demens, og sygehuspersonalet skal derfor være opmærksom på demenssymptomer.

Hvis der observeres demenssymptomer skal personalet orientere patienten og dennes pårørende om observationerne og muligheden for nærmere udredning/vurdering hos egen læge. Sygehusafdelinger skal opfordre patienterne til, sammen med en relevant pårørende, at opsøge egen læge med henblik på nærmere vurdering/udredning.

I videst muligt omfang inddrages de pårørende i forhold til tilrettelæggelsen af det videre forløb, herunder etablering af kontakt til praktiserende læge.

Den praktiserende læge skal orienteres om observationerne, og modtager – hvis patienten udskrives fra somatisk/psykiatrisk afdeling - epikrise senest 3 hverdage efter, at patienten er udskrevet (jf. SAM:BO). Epikrisen skal indeholde en beskrivelse af, hvilke oplysninger borgeren/patienten har modtaget og farvemarkeres efter trafiklysordningen. Hvis det vurderes at være hensigtsmæssigt at igangsætte et udredningsforløb sideløbende med indlæggelse/ambulant behandling indgås konkret aftale om det, og praktiserende læge orienteres.

Ligeledes sender afdelingen udskrivningsrapport til kommunen senest samtidig med, at borgeren udskrives (jf. SAM:BO). Hvis borgeren i forvejen er modtager af kommunalt tilbud, orienterer sygehuset kommunen om den videre plan for undersøgelse/udredning ved egen læge.

Det er vigtigt, at der kommunikeres med udgangspunkt i patientens samlede situation.

Det forudsættes, at personalet på alle sygehusafdelinger i Region Syddanmark har en basisviden om demens.

Såfremt en patient i forbindelse med indlæggelse/ambulant forløb på en somatisk eller psykiatrisk afdeling får stillet en demensdiagnose, skal patienten ikke efterfølgende henvises til udredning i den regionale lokale demensklinik. Der gælder her samme aftaler for orientering af praktiserende læge og kommune (demenskoordinationsfunktionen), som ved udredning i den lokale regionale demensklinik.

Ved udskrivelser, hvor der er ændret i demensmedicin eller ændringer i adfærd, orienteres den kommunale sygepleje/demenskoordinationsfunktion.

4. Observation, udredning og diagnosticering

I forbindelse med udredning og diagnosticering af borgere, hvor der foreligger mistanke om demens, påhviler der kommunen, den praktiserende læge, regionens lokale demenskliniker samt demensklinikken med højt specialiseret regionsfunktion, forskellige opgaver.

I dette kapitel beskrives de forskellige sektorers og enheders muligheder og forpligtelser i den sammenhæng. I kapitel 2.3 ”ansvarsfordeling henover et forløb – flowdiagram” er det muligt at følge et patientforløb gennem de forskellige samarbejdende sektorer. Se bilag 5 ”God demensudredning”, for detaljeret beskrivelse af de forskellige sektorers specifikke opgaver i forbindelse med udredning.

4.1 | Kommunen

Demenskoordinationsfunktionen vurderer henvendelserne/observationerne fra pårørende, kommunale medarbejdere eller andre og kan eventuelt besøge borger efter behov.

Hvis der er mistanke om demens, opfordres borgeren og dennes pårørende til at tage kontakt til egen læge. Alternativt kan demenskoordinationsfunktionen kontakte lægen (se bilag 3 vedrørende guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens).

Hvis borgeren desuden i forvejen er ”kendt” i kommunen vurderes funktion og adfærd endvidere løbende af kommunens medarbejdere i lokalområdet sammen med borger og pårørende.

For mennesker med demenssygdom uden nære pårørende, der kan deltage ved demensudredningen hos praktiserende læge/den lokale regionale demensklinik, påhviler der kommunen et særligt ansvar for at yde en støttende indsats under udredningen. Der henvises her til Samarbejdsaftalen om hjælp til kommunikation, personlig hjælp og ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling.

Anmodning om en vurdering af funktion og adfærd kan endvidere komme fra egen læge i forbindelse med lægens overvejelser om eventuel udredning. I disse tilfælde kan demenskoordinationsfunktionen med fordel være ansvarlig for at vurderingen foretages.

4.2 | Praktiserende læge

4.2.1 | Udredning

Den primære udredning foregår hos den praktiserende læge. Det anbefales, at en pårørende, eller en anden person med kendskab til patienten, deltager i undersøgelsen. Hvis den demens-

ramte borger er af anden etnisk herkomst end dansk, og derved har svært ved at udtrykke sig på dansk, bruges en uvildig tolk. Alle Region Syddanmarks praktiserende læger kan henvise til CT-scanninger.

I samtalen med pårørende fokuseres på hukommelse, sprog, orientering samt psykiske ændringer og på ændringer i det sociale samspil. Hvis der er tale om diffuse symptomer, kan den praktiserende læge indhente supplerende observationer/oplysninger fra kommunale medarbejdere/demenskoordinationsfunktionen, såfremt patienten er tilknyttet kommunalt tilbud eller hos patientens pårørende.

Den praktiserende læge har mulighed for at kontakte de lokale regionale demenskliniker for telefonisk rådgivning ved udredningsproblemer.

Henvisning til specialundersøgelser
Den praktiserende læge kan henvise til yderligere undersøgelse ved de lokale regionale demenskliniker.

For eksempel på den gode demensudredning, se bilag 5.

For henvisningskriterier se bilag 2.

4.2.2 | Afklaring
Når resultaterne af undersøgelserne foreligger, indkaldes patienten til en ny tid til orientering om resultatet af undersøgelserne. Eventuelle pårørende bør være til stede under orienteringen.

Der er vigtigt, at den praktiserende læge har forberedt sig på, hvordan den eventuelle mistanke om demens skal forelægges for patienten og de pårørende. Lægen bør ligeledes have taget stilling til en eventuel viderehenvisning til en lokal regional demensklinik.

4.2.3 | Diagnosticering
Demens udelukket med rimelig sikkerhed/måske demens:
Hvis undersøgelserne ved egen læge ikke viser tegn på demens, afsluttes undersøgelsen af patienten, og der gives besked til den kommunale demenskoordinationsfunktion, hvis denne er involveret. Hvis undersøgelsen viser mulige tegn på demens, lægger den praktiserende læge en plan for den videre udredning, behandling og pleje.

Den praktiserende læge taler med patienten om behov for pleje-, omsorgs- og/eller støttetilbud. I den forbindelse kan der tages kontakt til kommunen for en funktions- og adfærdsvurdering, ligesom patient og pårørende orienteres om andre støttemuligheder lokalt.

Lægen kan tilbyde fornyet undersøgelse efter 3 til 6 måneder, hvis patienten eller den pårørende fortsat er bekymret. Ved mistanke om demens kan der henvises til den lokale regionale demensklinik jf. henvisningskriterierne (bilag 2).

Demens overvejende sandsynligt:
Hvis undersøgelsen viser, at patienten sandsynligvis lider af demens, kan patienten henvises til den lokale regionale demensklinik jf. henvisningskriterierne (se bilag 2 om målgrupper og henvisningskriterier). Dette afhænger af demenssygdommens sværhedsgrad.

Hvis patienten, trods lægens tilbud herom, ikke ønsker henvisning til den lokale regionale demensklinik, anbefales det, at den praktiserende læge tilbyder kontakt til den kommunale demenskoordinationsfunktion, jf. i øvrigt reglerne om samtykke, afsnit 1.4.

4.3 | Regionens lokale demenskliniker

Det regionale udrednings- og behandlingstilbud vedr. demens omfatter, foruden de praktiserende læger, de lokale regionale demenskliniker, samt den højtspecialiserede funktion i Neurologisk afdeling på Odense Universitetshospital og regionsfunktionen på Psykiatrisk Afdeling Odense. Den praktiserende læge, kan efter egen undersøgelse henvise til udredning ved regionens lokale demenskliniker.
De lokale regionale demenskliniker er organisatorisk og fysisk tilknyttet de psykiatriske hovedfunktioner eller somatiske sygehusenheder alt efter den lokale organisering.

4.3.1 | Udredning
Efter henvisning fra den praktiserende læge indkaldes patienten skriftligt med en kopi til pårørende. Indkaldelsen kan være til en ambulant tid hos den lokale regionale demensklinik eller i form af besøg af udgående team i hjemmet.

Ved behov for særlig bistand i relation til undersøgelse, henvises til Region Syddanmark og de syddanske kommuners samarbejdsaftale om hjælp til kommunikation, personlig hjælp, samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling.

Det skal stå i indkaldelsen, at det er vigtigt, at der deltager en pårørende i undersøgelsen. Hvis patienten ikke har pårørende og har kontakt til den kommunale hjemmepleje forpligter kommunen sig til at bidrage med oplysninger enten ved personlig følgeskab/tilstedeværelse eller ved skriftlig information. Ved undersøgelse i hjemmet vil en kommunal medarbejder ofte blive bedt om at anvende observationsskemaer inden det første besøg ved borgere, der aktuelt modtager hjælp i kommunalt regi.

Egen læge orienteres om indkaldelsen.

Såfremt det er muligt at stille en demensdiagnose ved undersøgelsen, kan patient og pårørende orienteres ved samme konsultation.

Den lokale regionale demensklinik orienterer patienten om samarbejdet med kommunens demenskoordinationsfunktion, og er, jf. SAM:BO, ansvarlig for, at der sendes orientering til demenskoordinationsfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende. Ofte vil demenskoordinationsfunktionen blive anmodet om at tage kontakt til patient og pårørende med henblik på vurdering/revurdering af behovet for kommunal støtte m.v.

Patient og pårørende orienteres endvidere om, hvilke tilbud, der findes lokalt ved patient- og pårørendeforeninger (f.eks. Alzheimerforeningen).

Vejledning og undervisning af pårørende varetages af regionen og kommunen i samarbejde. Der kan findes materiale til inspiration hos Videnscenter for demens (videnscenterfordemens.dk)

4.3.2 | Diagnosticering
Ingen tegn på demens/let forstyrrelse:
Hvis der ikke er tegn på demenssygdom, afsluttes kontakten til patienten, og der gives besked til egen læge.

Ved let forstyrrelse med risiko for demensudvikling kan borgeren indkaldes til fornyet vurdering efter 6 til 12 måneder. Der går besked til egen læge.

Der kan dog være tale om andre behandlingskrævende tilstande, der hensigtsmæssigt kan udredes/behandles af et af de tre fagområder (psykiatri, neurologi og geriatri), og hvor det ville være naturligt at henvise direkte til det pågældende fagområde, samtidig med at egen læge informeres.

Patienten er diagnosticeret:
Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale. Her vil eventuel behandling blive iværksat, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende.

Den lokale regionale demensklinik orienterer patienten og dennes pårørende om den kommunale demenskoordinationsfunktion, og der sendes skriftlig orientering fra den lokale regionale demensklinik til demenskoordinationsfunktionen.

Den lokale regionale demensklinik sikrer, at patienten, de pårørende samt eventuelt kommunale medarbejdere får gode råd og vejledning om dagligdagen vedr. håndtering af demenssygdom.

Patientens praktiserende læge orienteres elektronisk om undersøgelsesresultatet samt eventuel behandlingsplan og opfølgning.

4.4 | Højt specialiseret regionsfunktion for demensudredning

Patienterne kan henvises til Demensklinik Fyn under Neurologisk Afdeling med henblik på diagnostisk- og behandlingsmæssig afklaring. Demensklinik Fyn består af både et neurologisk-, et psykiatrisk- og et geriatrisk speciale, som ligeligt deltager i demensudredningen.

Ud fra oplysninger i henvisningen vil der blive planlagt et foreløbigt undersøgelsesprogram. Patienten og pårørende vil blive indkaldt til en lægeundersøgelse ved en af klinikkens speciallæger, hvor specialet vil afhænge af oplysningerne i henvisningen.

Efterfølgende vil patienten blive drøftet på den tværfaglige konference i regionsfunktionen og eventuelle yderligere undersøgelser vil blive planlagt.

Når undersøgelsesprogrammet er gennemført, og der kan stilles en diagnose, vil patienten og pårørende blive indkaldt til en orienterende samtale, hvor eventuel behandling iværksættes, og skriftligt informationsmateriale udleveres til patient og pårørende. Patienten vil herefter sædvanligvis overgå til opfølgning i den lokale regionale demensklinik.

Regionsfunktionen sender epikrise til henviser og til patientens egen læge.

Der sendes en skriftlig orientering til demenskoordinationsfunktionen i kommunen efter mundtlig aftale med patient og pårørende, men det videre samarbejde med demenskoordinationsfunktionen varetages af henviser.

5. Behandling og pleje

5.1 | Antidemensbehandling

Den praktiserende læge varetager den lægelige behandling af patienten i et samarbejde med den lokale regionale demensklinik, og er ansvarlig for videregivelse af og tilbagemelding på behandlingsmæssige informationer til den kommunale demenskoordinationsfunktion (se 1.4 ”Medicinsk behandling” under bilag 7, om anbefalinger vedrørende faglige indsatser, for en guide til medicinsk anvendelse specielt rettet til borgere med demens). Behandling med medicin påbegyndes altid af den lokale demensklinik, regionsfunktionen eller den højt specialiserede funktion.

Den praktiserende læge, de involverede sygehusafdelinger og eventuelle andre behandlende læger er gensidigt forpligtede til, at opdatere og ajourføre det fælles medicinkort.

For mennesker med demenssygdom i en stabil antidemensbehandling uden komplicerende adfærdsforstyrrelser kan antidemensbehandlingen overgå til egen læge.

5.2 | Kommunale indsatser

Den lokale regionale demensklinik skal senest, når udredningen af en borger med demenssygdom afsluttes, kontakte kommunen med henblik på orientering om mulighederne for opfølgning og støtte. Det anbefales, at demenskoordinationsfunktionen herefter kontakter familien inden for en måned med henblik på besøg i hjemmet.

Det anbefales endvidere, at demenskoordinationsfunktionen efter besøget kontakter den praktiserende læge og orienterer om besøget, såfremt der er væsentlige ændringer i borgerens tilstand.

Demenskoordinationsfunktionen inddrager om nødvendigt visitationsenheden, og der visiteres efter kommunens gældende standarder. Det kan være hensigtsmæssigt, at der deltager pårørende eller kommunal kontaktperson ved visitationen.

I samtalen mellem demenskoordinationsfunktionen, den demensramte borger og pårørende drøftes tilbud om hjemmehjælp, træning, hjælpemidler, demensteknologi, bolig eller boligskift, dagcenter og andre aktiviteter. Kommunen udarbejder en individuel, målrettet handleplan, hvori hjælpens omfang fastlægges, såfremt der er behov for hjælp. Der oplyses endvidere om relevante foreningers tilbud og udleveres om muligt materiale.

Demenskoordinationsfunktionen kan inddrages i tilrettelæggelsen af den konkrete hjælp, ligesom den demensramte og pårørende under hele forløbet tilbydes løbende kontakt til demenskoordinationsfunktionen.

Hvis den kommunale demenskoordinationsfunktion, eller øvrige kommunale aktører, har spørgsmål vedr. behandling eller sygdommens udvikling, er der mulighed for at få råd og vejledning ved at kontakte den praktiserende læge eller den lokale regionale demensklinik, alt efter hvem der varetager behandlingen af den demensramte borger.

Det anbefales, at demenskoordinationsfunktionen er ansvarlig for, at demensramte borgere kontaktes efter individuelt aftalte intervaller. I forbindelse med kommunens visitation af ydelser anbefales det, at demenskoordinationsfunktionen/visitator er særlig opmærksom på pårørendes behov for aflastning. Der udleveres foldere om støttemuligheder, samt telefonnumre på hjemmeplejen og andre ressourcepersoner.

Der gives en tilbagemelding via MedCom til praktiserende læge og den lokale regionale demensklinik om relevante ændringer i det tilbud, der er givet til mennesker med demenssygdom.

5.2.1 | Tilbud til pårørende

Kommunen orienterer de pårørende til mennesker med demenssygdom om de tilbud, som kommunen stiller til rådighed. Det kan bl.a. være forskellige former for aktivitetstilbud, træning og hverdagsrehabilitering, information, undervisning og støtte samt samarbejde med frivillige organisationer.

6. Opfølgning

6.1 | Opfølgning på kommunalt tilbud

Demenskoordinationsfunktionen har løbende kontakt med mennesker med demenssygdom og pårørende, og der justeres efter behov på tildelte tilbud i omfang og sammensætning. Relevante kommunale samarbejdspartnere inddrages efter behov.

Ved adfærdsændringer hos mennesker med demenssygdom inddrager de kommunale medarbejdere demenskoordinationsfunktionen, så muligheden for socialpædagogiske tiltag eventuelt kan afprøves.

Ved behov for lægekontakt ved adfærdsændringer anbefales det at benytte ”Guidelines for lægekontakt ved adfærdsændringer” som de fremgår i bilag 4.

Hvis der ændres i det kommunale tilbud, beskrives og dokumenteres dette på relevante steder i den kommunale omsorgsjournal. Den praktiserende læge og lokale regionale demensklinik orienteres om ændringen, hvis det er relevant.

6.2 | Opfølgning på den medicinske behandling

Den demensramte borgers egen læge er ansvarlig for den medicinske opfølgning, medmindre borgeren følges af en af regionens lokale demenskliniker.

6.2.1 | Opfølgning ved praktiserende læge

Egen læge skal minimum en gang årligt følge op på den demensramte borgers situation og den medicinske behandling.

Såfremt demensen udvikler sig fra middelsvær til svær, kan egen læge ved behov kontakte den lokale regionale demensklinik med henblik på behandlingsændring.

Efter den årlige opfølgning orienterer den praktiserende læge demenskoordinationsfunktionen om udviklingen i borgerens situation.

Ved usikkerhed om, hvorvidt der stadig er effekt af antidemensmedicinen, kan denne pauseres i 2 uger, med vurdering af borgerens funktionsevne før og efter seponeringsperioden. Kommunen orienteres om pausen, således at de kommunale medarbejdere kan observere udviklingen i mennesker med demenssygdoms tilstand i perioden.

Den praktiserende læge kan eventuelt inddrage den lokale regionale demensklinik ved seponering af medicin.

6.2.2 | Lokal regional demensklinik

Den lokale regionale demensklinik planlægger opfølgning ud fra patientens behov. Hovedparten af borgere med demenssygdom vil kunne afsluttes til egen læge efter opfølgning i en kortere periode, mens enkelte vil have behov for en længerevarende kontakt til demensklinikken. Opfølgning kan varetages i hjemmet ved behov.

Der kan arrangeres supervision eller vejledning af kommunale medarbejdere ved behov. Ved de eventuelle opfølgende besøg fra den lokale regionale demensklinik, kan den kommunale demenskoordinationsfunktion eller andre kommunale medarbejdere eventuelt deltage og subsidiært bidrage med relevante oplysninger.

Den lokale regionale demensklinik vil sikre, at borgerens egen læge modtager kopi af notater i forbindelse med opfølgning, hvis der er medicinændringer, eller hvis det i øvrigt vurderes relevant, ligesom egen læge orienteres skriftligt, når en demensramt patient afsluttes af demensklinikken.

Borgeren afsluttes fra demensklinikken, når den videre behandling kan varetages af egen læge i samarbejde med demenskoordinationsfunktionen og de øvrige kommunale medarbejdere. Demenskoordinationsfunktionen orienteres skriftligt, medmindre borgerens behandling afsluttes i forbindelse med et hjemmebesøg, hvor repræsentant for demenskoordinationsfunktionen er til stede.

Ved adfærdsændringer kan den praktiserende læge tage kontakt til den lokale regionale demensklinik for råd og vejledning.

7. Øvrig information/viden og kompetenceudvikling

7.1. | Information og viden

Der kan findes yderligere information om blandt andet lovgivning, handleplaner samt demenskriterier og diagnoser på Socialstyrelsens hjemmeside (https://socialstyrelsen.dk), Sundhedsstyrelsens hjemmeside (https://www.sst.dk) og hos Nationalt Videnscenter for Demens (https://videnscenterfordemens.dk).

Derudover findes der en række videns- og interesseorganisationer på demensområdet, som ligeledes udgiver relevant information og vejledning samt kan kontaktes efter behov. Af disse kan blandt andet nævnes; Alzheimerforeningen (www.alzheimer.dk eller på tlf. 3940 0488 samt tlf. 5850 5850 for demenslinjen), Ældresagen (https://www.aeldresagen.dk eller på tlf. 3396 8686), Demensfællesskab Fyn (https://www.demensramt.dk eller på tlf. 6619 4091), Psykiatrisk informationscenter (https://www.psykinfo.regionsyddanmark.dk) og Demensvenligt Danmark/Folkebevægelsen for demensvenligt Danmark (https://www.demensvenligtdanmark.dk/).

7.2. | Kompetenceudvikling

Såvel kommuner, praktiserende læger og sygehuse forventes at gennemføre løbende kompetenceudvikling på de forskellige fagniveauer.

Medarbejdere i kommuner og på sygehusafdelinger skal kende de mest almindelige demenstegn og have et bredt kendskab til symptomer, adfærd, pleje, omsorg, demensformer og behandling – alt efter fagligt kompetenceniveau.

Kommunerne anbefales at gøre brug af AMU-kurser for social- og sundhedshjælpere samt social– og sundhedsassistenter.

Kommunerne kan også anvende egne tilrettelagte kompetenceudviklingsforløb.

8. Ordliste/begrebsforklaring

Begreb	Begrebsforklaring
Ambulant behandling	Borgeren er ikke indlagt under behandlingen. Borger kommer til behandling hjemmefra eller modtager behandling hjemme.
ADL	ADL er en forkortelse af Almindelig Daglig Levevis. ADL handler om at lære borgeren at klare så mange praktiske gøremål som muligt og er en integreret del af den pædagogiske indsats for borgere med demens.
Amyloid-PET-skanning	Amyloid-PET-skanning bruges til bestemmelse af cortical binding af amyloid hos borgere med og uden demens.
Anamneseoptagelse	Undersøgende samtale med henblik på at frembringe borgerens egen redegørelse for sin sygehistorie eller den generelle sygehistorie for borgeren.
Antikolinerg effekt	Betegnelse for en type af effekter hos specifikke lægemidler der påvirker den kolinerge neurotransmission, som er involveret i regulering af kognitive funktioner og en række organsystemer. Der findes både tilsigtet og utilsigtet antikolinerg effekt.
Cerebrum	Storehjernen
CT-skanning	CT-skanning (computer tomografi) er en røntgenundersøgelse, der giver meget detaljerede billeder af kroppens indre organer.
Dat-SPECT-skanning	En DAT-skanning er en undersøgelse af hjernen. Undersøgelsen viser et tredimensionalt billede af, hvor høj aktiviteten er i specifikke områder af hjernen.
Delir	Delir/delirium er i medicinsk terminologi en mental tilstand karakteriseret af en skarp nedgang i opmærksomhed og kognition (tænkeevne).
EKG	EKG står for elektrokardiogram. Ved et EKG registrerer man de elektriske impulser, som sendes gennem hjertet og som sørger for, at hjertet slår regelmæssigt. Disse impulser i hjertet kan man måle uden for hjertet, fx i armene, benene og på brystvæggen.
Epikrise	En epikrise er en skriftlig overlevering af lægefaglige oplysninger fra en læge til andet sundhedspersonale, enten ved udskrivelse eller ved anden afslutning af et behandlingsforløb.
Eksekutive funktioner	Fællesbetegnelse for funktioner så som; planlægning, initiativtagen, dømmekraft og selvkontrol.
FDG-PET-skanning	PET-scanning med anvendelse af FDG (flour-deoxy-glucose) viser væv med høj energiomsætning (=højt forbrug af sukker).

Kolinesterasehæmmere	Kolinesterasehæmmere hæmmer enzymet acetylkolinesterase, der naturligt nedbryder signalstoffet acetylkolin. Herved øges mængden af acetylkolin i de kolinerge synapser. De tre kolinesterasehæmmere – donepezil, galantamin og rivastigmin – der er på markedet, har grundlæggende samme virkningsmekanisme.
Lumbalpunktur	Cerebro-spinalvæsken (eller blot spinalvæsken) er den væske, der ligger beskyttende uden om hjernen og rygmarven, og er afgrænset af hjernehinderne. Lumbalpunktur er en procedure, hvor der tappes cerebro-spinalvæske til diagnostisk undersøgelser.
MedCom	Privat virksomhed der blandt andet udvikler kommunikationsløsninger til kommunikation på tværs af sektorer.
MMSE	MMSE er en ”mini mental status eksamination”, som konkret består af en række spørgsmål der kan anvendes til at determinere den mentale tilstand hos borgere med demens.
MRI	Magnetic Resonance Imaging (MRI) er en teknik, hvor radiobølger og magnetisme typisk anvendes til at danne billeder af kroppens indre.
Normaltrykshydrocefalus	Hydrocefalus er en tilstand, hvor der ophobes væske i hjernes hulrum som udvider hjerneventriklerne.
Oligofreniteams	Specialiserede teams som tager sig af behandling til udviklingshæmmede.
Obstiperet	Forstoppet
Psykosocial intervention	Psykosociale behandlingsformer (psykoedukation, psykoedukativ familieintervention, social færdighedstræning, kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi) retter sig mod at mindske antallet af psykotiske tilbagefald og bedre patientens syg- domsindsigt, komplians med behandlingen og sociale funktion.
Seponering/seponeringsperiode	Indstilling af medicinsk behandling/periode hvori man indstiller medicinsk behandling.
Social kognition	Social kognition er et begreb som dækker over de kognitive processer, der ligger til grund for social interaktion.
Vaskulær demens	Vaskulær demens skyldes forstyrrelser i hjernens blodforsyning. Vaskulær demens kaldes også for blodpropsdemens eller kredsløbsbetinget demens. Symptomerne ved vaskulær demens er forskellige fra person til person og afhænger af, hvilke områder i hjernen, der er påvirket.
Visuel kognition	Visual kognition henviser til den måde hjernen reagerer på visuelle stimuli.

Urskivetest	Urskivetesten er en overvejende visuelt-konstruktiv opgave, men stiller også krav til mentale styringsfunktioner i form af planlægning, overblik og evne til strukturering.

1 Bilag

Bilag 1: Kommunal demenskoordinationsfunktion

Demenskoordinationsfunktionen kan varetages af forskellige fagpersoner og deres konkrete jobtitel kan variere fra kommune til kommune, såvel som det kan variere, hvor demenskoordinationsfunktionen er forankret organisatorisk. Det er således op til kommunerne selv at bestemme, hvordan de tilrettelægger og varetager demenskoordinationsfunktionen med henblik på at løse de nedenfor beskrevne opgaver.

Der er dog gode erfaringer med at placere demenskoordinationsfunktionen hos medarbejdere, som udelukkende beskæftiger sig med demenskoordination, hvorfor dette anbefales.

Forslag til funktionsbeskrivelse for kommunal demenskoordinationsfunktion
Nedenfor fremgår et forslag til funktionsbeskrivelse for den kommunale demenskoordinationsfunktion. Forslaget til funktionsbeskrivelse viser det ansvar og de opgaver som samarbejdsmodellen betragter som nødvendige funktioner for den kommunale demenskoordinationsfunktion.

Ansvar og opgaver for demenskoordinationsfunktionen:
Det er demenskoordinationsfunktionens ansvar, at erfaringer og viden om demens opsamles og videreformidles til plejepersonalet i kommunen, så erfaringer og viden kan anvendes og nyttiggøres i indsatsen over for mennesker med demenssygdom og de pårørende. Det er også demenskoordinationsfunktionens ansvar at udbrede viden om samarbejdsmodellen til plejepersonalet – ligesom demenskoordinationsfunktionen indgår i de sammenhænge, hvor erfaringer og viden på tværs af kommunerne i samarbejde med regionen og praktiserende læger drøftes.

Demenskoordinationsfunktionens ansvar er desuden at sikre formidlingen af alle forhold om demens i kommunen, både faglige og samarbejdsmæssige. Endvidere er det demenskoordinationsfunktionens ansvar at fungere som omdrejningspunkt for alle interne og eksterne henvendelser vedrørende demens, når der ikke findes en konkret kontakt, eller man er usikker på, hvem man skal henvende sig til.

Demenskoordinationsfunktionens opgaver og ansvar er at sikre, at alle henvendelser, uanset art, videreformidles til den eller de personer, som i følge kommunens interne valg om yderligere organisering, er relevante. Det er derfor væsentligt, at demenskoordinationsfunktionen har overblik over de tilbud og indsatser for mennesker med demens og deres pårørende, som findes i kommunen og hos regionen.

Forslag til Demenskoordinationsfunktionens opgaver:

- Stå til rådighed og bistå i den konkrete indsats med råd og vejledning på demensområdet, herunder om indsatser og tilbud hos kommune og region, ved henvendelser fra borgere, pårørende, naboer osv. Det kan være kommunens borgere i almindelighed, borgere med demens inde "på livet" og endelig kan det være forskellige faggrupper i nærmiljøet, som kommer i forbindelse med borgere med demens i forbindelse med deres arbejde – eks. politi, frisører, apotek, fodterapeut m.fl.
- Sikre og udvikle kommunens deltagelse i demensnetværket.
- Sikre vedligehold og udvikling af oplysninger om kommunens ydelser og tilbud på demensområdet via kommunernes hjemmesider og på Sundhed.dk
- Være vidensperson for det øvrige plejepersonale på demensområdet og kunne give sparring og supervision med hensyn til konkrete spørgsmål.
- Sikre udarbejdelse af serviceinformationer på demensområdet.
- Deltage i informationsmøder eller sikre at der arrangeres sådanne.
- Henvise videre i det kommunale system, f.eks. til visitation til praktisk hjælp eller andre tilbud, eller til udredning/vejledning af andre relevante fagpersoner, f.eks. praktiserende læge.
- Sikre indsamling af relevante data i forbindelse med visitationssager samt indhentning af oplysningsskemaer i udredningsforløb.
- Sikre at der i relevante borgerrelaterede sager er indhentet mundtligt og/eller skriftligt samtykke til at udveksle relevante sociale og/eller lægelige oplysninger.
- Vejlede omkring lovgivning på demensområdet, herunder magtanvendelsesreglerne.
- Bistå efter behov ved visitation af tilbud til borgere med demens i kommunen afhængig af kommunens organisering
- Rådgive og vejlede til udredning i enkeltsager på opfordring fra borger og pårørende, hjemmeplejens personale eller praktiserende læge.
- Understøtte etablering af pårørendegrupper.
- Sikre opsamling af ny viden på demensområdet og sikre at denne viden bliver formidlet videre i hele organisationen.
- Samarbejde med relevante frivillige organisationer som f.eks. Alzheimerforeningen.

2. Bilag

Bilag 2:
Målgruppe og henvisningskriterier til den lokale regionale demensklinik

Målgruppe for enkelte dele af hovedfunktionen

1. Demensklinik
Patienter med mulig demens eller let til moderat demens kan henvises med henblik på videre udredning, diagnose og behandling. Hvis demenskoordinationsfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen.

2. Udgående funktioner
Patienter med svær demens eller demens med psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser. Derudover kan henvises patienter med demenssygdom i let til moderat grad, hvis patienten ikke vil/kan møde i et ambulatorium. Hvis demenskoordinationsfunktionen har oplysninger/bidrag til udredningen, bør disse være tilgængelige og medsendes henvisningen med samtykke fra borgeren.

3. Sengeafsnit
Borgere med demenssygdom skal, som hovedregel, ikke indlægges på sygehus, med mindre de får anden akut sygdom, somatisk eller psykiatrisk.
I tilfælde heraf indlægges de på den relevante specialafdeling.
Det bør tilstræbes, at alle sygehusafdelinger efterlever anbefalingerne til det demensvenlige sygehus.

Der bør ikke indlægges borgere med demenssygdom akut på grund af manglende plejetilbud i den kommunale sektor.

Indhold af henvisning fra almen praksis til ambulant klinik eller udgående team i den lokale regionale demensklinik.
Henvisningen bør indeholde følgende punkter:

1. Diagnoser

2. Væsentlige andre sygdomme

3. Sociale forhold herunder navn, adresse og telefonnummer på pårørende

4. Aktuel medicin

5. Resume af sygehistorie vedr. demens

6. Beskrivelse af aktuelle kognitive dysfunktion/adfærdsproblemer m.v.

7. Hvad der er sagt til patient og pårørende

8. Kopi af de laboratorieanalyser, der er udført i egen praksis. Kopi af EKG (kan undtages hos patienter med svær demens)

9. Resultater eller kopi af MMSE og ”urskivetest”. Det bør anføres, hvis patienten ikke er testbar

10. Resultat af CT scanning af cerebrum. Patienter med svær demens behøver ikke have fået foretaget en CT scanning

11. Andre relevante oplysninger f.eks. at demenskoordinator er inddraget

3 Bilag

Bilag 3:
Guidelines for lægekontakt ved mistanke om demens.

Kommunale medarbejdere skal have forholdt sig til nedenstående, forud for lægekontakten

Faktorer som giver mistanke om demens
Ændringerne skal have udviklet sig over minimum 6 mdr. Dog bør pludselige ændringer i nedenstående forhold give anledning til lægelig vurdering.

Adfærdsændringer/ændringer af personligheden

- Psykiske ændringer (f.eks. irritabilitet, depression, apati, rådvildhed, aggressivitet)
- Ændret verbal og non-verbal udtryksform (f.eks. bander, unuanceret sprog, mimik, spil i øjnene)
- Manglende situationsfornemmelse (f.eks. bordskik, upassende kommentarer)

Svækkelse af daglige færdigheder

- Hygiejne, toiletbesøg, påklædning, brug af telefon, madlavning, indkøb, betjening af apparater

Svækkelse af de intellektuelle (kognitive) funktioner

- Korttidshukommelse
- Orienteringsevne (f.eks. finde vej nye steder, finde hjem, afstandsbedømmelse)
- Abstrakt tænkning (har svært ved at overskue og planlægge hverdagen; f.eks. klare økonomi, planlægge madlavning eller gæstebud)
- Dømmekraft (f.eks. påklædning efter årstiden, omfanget at indkøb)
- Evne til at deltage i en samtale (f.eks. tager alting bogstaveligt og har svært ved at forstå humor eller ironi)
- Evne til at vise følelser og forstå andres følelser

4 Bilag

Bilag 4:
Guidelines for lægekontakt når personer med demens ændrer adfærd.

Kommunale medarbejdere skal have forholdt sig til nedenstående, forud for lægekontakten.

Ændret adfærd	Kan være • Øget uro, øget rastløshed og omkringvandren • Apati, ændret aktivitetsniveau til det inaktive/sløve • Øget irritabilitet, hidsighed • Aggressive udbrud, både verbalt og motorisk • Angst, grædende • Tankemylder • Utryg, evt. udvikling til paranoid • Trist
Årsagssøgning	• Har personen fået for lidt væske? • Er personen obstiperet? • Kan personen høre? • Er personen lige flyttet til nuværende bolig? • Har personen lige været indlagt på sygehuset? • Er der sket medicinændringer inden for den sidste tid? • Er der sket ændringer i personens omgivelser?
Objektive fund	• Temperatur • Er der tegn på blærebetændelse? • Urinen undersøges (dyrkning og resistensbestemmelse) • Er der tegn på infektion andre steder? • Er der vejrtrækningsbesvær? • Har personen smerter? • Blodtryk og puls • Er der kraftnedsættelse, hængende mundvig eller andre neurologiske fund? • Er personen kendt for andre konkurrerende sygdomme, f.eks. sukkersyge, dårligt hjerte? • Er der tegn på delir: personen sveder, ryster, er bleg, blodtryk og puls er høj, eventuelt temperaturforhøjelse, personen er forvildet og eventuelt hallucineret

Vær opmærksom på	• Utilstrækkelige plejefaglige rammer og ressourcer kan bidrage til udvikling af adfærdsproblemer, og her er psykofarmaka sjældent indiceret • Antipsykotika er uden effekt på adfærdsproblemer som rastløshed, motorisk uro, råberadfærd, gåen ind til andre, bortgang fra plejehjem, natteuro mv. • Antipsykotika kan evt. afdæmpe symptomer som angst, tristhed, irritabilitet og vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, men har alvorlige bivirkninger som sløvhed, parkinsonisme, svimmelhed med risiko for fald og fraktur

5 Bilag

Bilag 5:
God demensudredning - Demensudredning i primær og sekundær sektor.

Primær sektor praktiserende læge
Den første konsultation
Anamneseoptagelse ved både patienten og pårørende og en anden person med kendskab til patienten.
Vurdering af følgende 6 kognitive hoveddomæner:
1. Opmærksomhed
2. Eksekutive funktioner
3. Social kognition
4. Sprog
5. Hukommelse
6. Visuel kognition

Er der sket tab af færdigheder:
1. Instrumentelle
2. Basale

MMSE
Vurdering af somatiske problemstillinger, som kunne have indflydelse på kognitive funktioner (somatisk udredning). Udelukkelse af psykiske lidelser, som kan give demenslignende symptomer. Vurdering af smerter og dermed udelukkelse af kognitiv svækkelse fremkaldt af enten smerter eller medikamentel behandling af disse. Medicingennemgang (medicinsanering) med revision af fortsat brug af præparater forbundet med risiko for kognitive (og neuropsykiatriske) bivirkninger. Her er bl.a. tale om følgende:
1. Præparater med antikolinerg effekt.
2. Morfinlignende.
3. Benzodiazepiner.

Egen læge bestiller baseline blodprøver med demensprofil, EKG og CT af cerebrum.

Den anden konsultation.
Vurdering af blodprøver, EKG og CT af cerebrum (bl.a. for normaltrykshydrocephalus hjernesvulst o.l.). Behandling af reversible årsager til kognitive forstyrrelser. Hvis der fortsat er mistanke om demens, fremsender egen læge henvisning til den lokale demensklinik.

Sekundær sektor

Anamneseoptagelse, pårørendeinterview, udvidet batteri af kognitive test, vurdering af færdigheder. Der foretages udredning for reversible årsager til demens og i så fald behandling af disse. Der tages stilling til, om de centrale kriterier for demens er opfyldte. Der foretages supplerende undersøgelser i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen anbefalinger bl.a.: FDG-PET, Dat-SPECT, lumbalpunktur, amyloid-PET, MRI og/eller neuropsykologisk undersøgelse. I tilfælde af fortsatte diagnostiske udfordringer henvises til specialiseret regionsfunktion for demensudredning (Demensklinik Fyn).

6 Bilag

Bilag 6:
Bruger- og pårørendeinddragelse.

I denne samarbejdsaftales værdiafsæt beskrives vigtigheden af pårørendeinddragelse og brugerinddragelse i relation til indsatsen for borgere med demens.

I 2022 blev der oprettet et nyt Center for pårørendeinddragelse i Region Syddanmark, som beskæftiger sig med både forskning og kompetenceudvikling inden for bruger- og pårørendeinddragelse. Centeret er forankret i psykiatrien, men dækker både det psykiatriske og somatiske område.

Pårørendeinddragelse
Pårørende inddragelse bør generelt medtænkes i arbejdet med demensramte borgere, da der her kan hentes værdifulde ressourcer til at støtte den demensramte. Pårørende har ofte et dybdegående kendskab til den demensramte og vil i mange tilfælde have mulighed for at støtte ham/hende i hverdagen. Som konkrete eksempler er det vigtigt, at den/de pårørende kender til symptomer på demens, konstruktiv håndtering af demens, aktuel medicinering og eventuelle bivirkninger af aktuel medicinering. Videre kan pårørende med fordel medtagelse i planlægningen af medicinering og aktiviteter til den demensramte.

Det er vigtigt, at medarbejderne er opsøgende og inviterende over for den pårørende om hans/hendes observationer om den demensramte. Når pårørendes observationer, opsamlede erfaringer og forslag skal udfoldes og inddrages på en kvalificeret måde, må det nødvendigvist foregå i en dialog. Her skal medarbejderne skal indgå i så åben og respektfuld en dialog med pårørende, som det er muligt inden for værdighedens og tavshedspligtens rammer, for at sikre, at pårørendes viden bedst muligt kommer i spil.

Der skal samtidig være opmærksomhed på, at pårørende kan blive udsat for en betydelig og langvarig psykosocial belastning, der bl.a. kan resultere i forringet helbred, social isolation, angst, stress- og sorgreaktioner, øget forbrug af medicin. Det anbefales, at der etableres tilbud, der kan styrke og støtte pårørende, såsom oplysning, rådgivning, aflastning og afløsning, sociale arrangementer og understøttelse af netværk.

Brugerinddragelse
Tidligere har der været en tendens til, at mennesker med demens blev set som passive modtagere af pleje og omsorg. En udvikling mod at flere borgere rammes af demens tidligere i deres liv samt en bedre forståelse af demenssygdommen har ført til et større fokus på brugerinddragelse som en del af demensbehandlingen. Dette skyldes, at borgere med nyligt stillede de-

mensdiagnoser ofte stadig er aktive i samfunds- og hverdagslivet samt har væsentlige ressourcer at byde ind med.

Brugerinddragelse skal sikre demensramte personers lovgivningssikrede muligheder for at blive inddraget i valg, der vedrører fremtidig støtte, behandling og pleje, når de ikke længere selv er i stand til at overskue og træffe sådanne valg pga. fremskreden demenssygdom. Konkrete eksempler på dette tæller plejetestamente, fremtidsfuldmagt og behandlingstestamente.

Brugerinddragelse skal ske med udgangspunkt i den enkelte demensramte borgers aktuelle tilstand og situation, ligesom der skal være opmærksomhed på såvel ressourcer som belastninger ved inddragelse af pårørende.

Brugerinddragelsens formål og form beskrives nærmere af Nationalt Videnscenter for Demens på: https://videnscenterfordemens.dk/da/pdf/node/633

7 Bilag

Bilag 7:
Anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet - på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens 2020"

Faglige indsatser
Overordnet gælder, at kommunernes tilbud om nedenstående faglige indsatser, kan tilpasses den enkelte kommunes serviceniveau.

1.1 Sygepleje og omsorg
Sygeplejefaglige indsatser til borgere/patienter med demens er en bred samlebetegnelse, som spænder over en række forskellige indsatser, der kan tilbydes fra tidligt i sygdomsforløbet, hvor demensdiagnosen er blevet stillet, og hvor borgeren som regel er hjemmeboende, til pleje og omsorg resten af livet. Det går på tværs af kommune, sygehus, almen praksis og den øvrige praksissektor, og ved tilrettelæggelse af indsatsen er der behov for vurderinger og bidrag fra flere forskellige faggrupper.

Indsatserne skal være med til at understøtte borgeren/patienten med demens bl.a. i at orientere sig, huske og i det hele taget støtte og bevare borgerens/patientens identitetsfølelse med udgangspunkt i borgerens vaner, behov og ønsker. Der anvendes en række forskellige metoder i arbejdet inden for demensområdet. Eksempelvis kommunikationsmæssige og psykologiske metoder, der tager udgangspunkt i de udfordringer, borgere/ patienter med demens typisk har. Indsatsen kan således både være relations baseret, bestå i nærvær og kommunikation og dels være hjælp til at klare hverdagens personlige fornødenheder og praktiske gøremål. En del af indsatserne kan også omfatte de fysiske rammer for borgeren/patienten, og drøftelse herom, som kan fremme trivsel og livskvalitet for borgeren.

Slutteligt er det en væsentlig del af opgaven, at sikre rettidig kommunikation af nødvendig information om borgeren/borgerens sygdomstilstand til de rigtige samarbejdspartnere. Anbefalede kommunikationsveje er beskrevet nærmere i selve samarbejdsaftalen for demensområdet.

Kompetencer:
Helt overordnet skal fagpersonalet være i stand til at behandle demensramte borgere med værdighed. Dette indbefatter kompetencerne til at forstå demensens påvirkning på borgerens adfærd og anvende et individuelt helhedssyn på den enkelte demensramtes livsvilkår, ressourcer og udfordringer

Fagpersonerne bør, på forskellige niveauer, være kvalificerede til at kunne yde sygepleje, pleje og omsorg, samt at kunne observere og genkende symptomer på ændrede trivsels- og hel-

bredstilstande eller funktionsevne, som f.eks. mennesker med demens typisk har, og reagere på disse. Fagpersonerne bør kunne tage udgangspunkt i en individuel og helhedsorienteret indsats samt arbejde ud fra en sundhedsfremmende tilgang, der bidrager til, at borgeren/ patienten oplever sammenhæng og kontinuitet. Videre skal fagpersonerne være i stand til at agere hensigtsmæssigt overfor udfordrende- såvel som udadreagerende adfærd.

1.2 Fysisk træning

Kommuner bør tidligt og løbende i forløbet vurdere den fysiske funktionsevne hos borgere med demens, for at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede tiltag med henblik på at vedligeholde den fysiske funktionsevne længst muligt.

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer til at træne og samtidig tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer. Dette bør ske i samarbejde med borgeren og pårørende, eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Brug af standardiserede redskaber må ikke udelukke velovervejede individuelle løsninger, som giver mening og skaber værdi for borgeren. En individuel løsning kunne eksempelvis tage udgangspunkt i borgers allerede tilstedeværende tilknytning til sportsklub/hobby eller havearbejde. Lokale organisationer, såsom sportsklubber, kan med fordel involveres i planen om fysisk træning. I givet fald bør der tilbydes opkvalificering til den givne organisations personale i, hvad demens er samt hvordan man bedst agerer over for mennesker med demens.

Det anbefales, at der igangsættes overvejelser om fysisk træning i naturlig forlængelse af demensudredning. Særligt balance og faldrisiko bør vurderes for at kunne etablere relevante tilbud. Målet med fysisk træning er ikke kun at fastholde borgerens funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition, men også at støtte borgerens identitetsfølelse og livskvalitet.

Med henblik på at opnå effekt på gangfunktion, balance og daglig funktionsevne kan træningen inkludere styrke- og balancetræning. Træning i mindre grupper kan med fordel anvendes, idet det antages, at den sociale interaktion spiller en rolle for den samlede effekt af træningen. Tilbuddet bør endvidere tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet integreres i hverdagen, også efter tilbuddet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livs lang. Det kan f.eks. gøres i samarbejde med foreninger, der har erfaring med at skabe sammenhængende forløb.

For inspiration til den fysiske træning henvises der i øvrigt til Sundhedsstyrelsens træningsguide med aktiviteter for mennesker med demens.

Kompetencer:
Fagpersoner, der varetager fysisk træning, bør være kvalificerede til at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og bør samtidig besidde verbale og nonverbale kommunikationskompetencer, for at kunne motivere og tydeliggøre, hvad træningen indebærer over for borgeren med demens.

Fagpersonen bør besidde pædagogiske kompetencer for at kunne instruere og rådgive på en måde, der understøtter fortsat træning, og bør kunne rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkeltes situation.

Derudover bør fagpersonen kunne rådgive om sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen. Læs mere herom i Sundhedsstyrelsens guide til fysisk træning og aktivitet for mennesker med demens.

1.3 Træning i hverdagsaktiviteter/helhedsorienteret rehabilitering
Denne målgruppe er ofte præget af nedsat eller manglende initiativ og skal til tider have støtte eller hjælp til at opretholde et basalt aktivitetsniveau i dagligdagen og i at mestre hverdagsaktiviteter. Det anbefales derfor, at kommunen tilbyder helhedsorienteret rehabilitering til demensramte borgere.

Helhedsorienteret rehabilitering dækker over en rehabiliteringsindsats, som tilrettelægges ud fra et mere bredt perspektiv på personens hverdagsaktiviteter og deltagelse i hverdagslivet.

Sådanne indsatser tager udgangspunkt i individuelle behov, præferencer og ressourcer og tilpasses personens samlede helbredssituation, herunder stadie af demenssygdom og demenssymptomer. Helhedsorienterede rehabiliteringsforløb skal ikke ses som en modsætning til hverdagsrehabilitering, men en mere udvidet tilgang til rehabilitering af mennesker med demens.

Det skal heller ikke ses som en rehabilitering, der sigter mod at forbedre demensramte borgers tilstand til samme niveau som før demenssygdommens indtraf. Formålet er derimod, så godt som muligt, at fastholde demensramte borgers kompetence til at varetage hverdagsaktiviteter samt leve et sundt og indholdsrigt liv til trods for demenssygdommen.

Helhedsorienterede rehabiliteringsforløb kan være rehabiliterende indsatser, som har til formål at understøtte eller forenkle aktiviteter eller skabe en mere hensigtsmæssig indretning af omgivelserne, så personen kan blive ved med at være aktiv – ikke blot i hjemmet, men også i fritidsaktiviteter og i samfundslivet generelt.

Det anbefales, at der tænkes meningsskabelse ind i den helhedsorienterede rehabilitering, således at borger fastholder kompetencen til at varetage de hverdagsopgaver og deltage i de fritidsaktiviteter, som skaber livsglæde for ham/hende. Dette kunne eksempel være de nødvendige kompetencer for at kunne koge æg, passe planter eller spille banko i den lokale forening. Brugen af standardiserede redskaber er her fin, men det skal ikke udelukke velovervejede individuelle løsninger, som giver mening og skaber værdi for borger.

Anbefalingerne om helhedsorienteret rehabilitering og fysisk aktivitet (benævnt under afsnit 1.2) bør understøtte hinanden. Der bør derfor være løbende fokus på at igangsætte og vedholde fysisk individuelt tilrettelagt træning for at fastholde den demensramte borgers funktionsevne, bevægelighed, kredsløb og kondition. Derfor anbefales det, at kommuner råder over et tilbud om træning af daglige gøremål i hjemmet.

Der kan læses yderligere om helhedsorienteret rehabilitering på Videnscenteret for Demens hjemmeside (se af 7. ”Øvrig information/viden og kompetenceudvikling”).

Kompetencer:
For at kunne tilrettelægge individuelt tilpassede hverdagsaktiviteter, bør fagpersonerne have kendskab til og kunne anvende borgerinddragelse, anvende standardiserede redskaber og observationer til vurdering af borgerens funktionsevne med henblik på at kunne supervisere og sammensætte individuelt tilpassede aktivitetstilbud af høj kvalitet. Derudover vil det være en fordel, hvis fagpersonen besidder evnerne til at tage den enkelte borgers livssituation i betragtning ift. at tilrettelægge træningen i hverdagsøvelser efter, hvad der skaber mest mulig livsglæde for borgeren.

Kompetencerne centrerer sig særligt om at skabe relationer, der understøtter og motiverer målgruppen i at udvikle deres kompetencer og bruge deres ressourcer til at skabe sig det bedst mulige liv. Læs mere herom i Sundhedsstyrelsens håndbog for fysisk aktivitet, samt Hvidbog om demens og socialpædagogik.

1.4 Medicinsk behandling
For beskrivelse/eksemplificering af god demensudredningsprocedure, og herunder igangsættelse af medicinering, henvises til bilag 5 ”God demensudredning”.

Som det beskrives nedenfor, har forskellig medicinering forskellige mulige bivirkninger. Det er centralt at pårørende kender til disse mulige bivirkninger og kan adskille dem fra symptomerne på demens.

Behandling med antidemens medicin

De medicinske behandlingsmuligheder ved visse typer af demens (Alzheimer, Lewy Body og Parkinson demens) omfatter kolinesterasehæmmere og memantin. Lægemidlerne virker symptomdæmpende og påvirker ikke de underliggende sygdomsprocesser. Lægemidlerne har oftest en stabiliserende eller let forbedrende effekt. De parallelforskyder udviklingerne af symptomer. Det er individuelt, om patienter overvejende har effekt på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) eller den generelle tilstand. Hos nogle patienter har kolinesterasehæmmere endvidere en mulig stabiliserende effekt på adfærdsmæssige- og psykiske symptomer.

Inden behandlingsopstart skal lægen informere patienten og pårørende om antidemens medicinens effekt samt mulige bivirkninger. Endvidere bør der udarbejdes en plan for opfølgning, så effekten af anti-demens medicinen og eventuelle bivirkninger følges regelmæssigt med justering af dosis ved behov. Opfølgningen bør ske minimum en gang årligt. Ved ændring i dosis eller ved ny ordination bør der ligeledes laves en plan for opfølgning. Behandlingseffekten bør vurderes i forhold til den forventede progression uden behandling. Herudover bør vurderingen tage højde for anden somatisk sygdom, større ændringer i levevilkår, social situation mv., der kan påvirke funktionsevneniveauet.

Som udgangspunkt er denne symptomdæmpende behandling den bedst stabiliserende behandling sammen med non-farmakologiske tiltag. Denne behandling foretrækkes frem for anden adfærdsregulerende behandling.

Anden medicinsk behandling
Udover antidemens medicin kan der være behov for anden form for symptomatisk behandling ved forskellige demenssygdomme, herunder f.eks. parkinson-medicin ved demens med Lewy Body og blodpropsforebyggende behandling ved vaskulær demens. Nogle borgere/ patienter udvikler i forløbet af sygdommen andre behandlingskrævende tilstande som f.eks. depression eller epilepsi.

Medicinsk behandling af adfærdsforstyrrelser ved demens er ofte uden effekt og kan indebære betydelige bivirkninger. Plejemæssige, socialpædagogiske, psykosociale og miljømæssige tiltag bør derfor altid være førstevalget. Behandling med lægemidler bør kun iværksættes, hvis patienten på trods af anden behandling er forpint og/ eller udsætter sig selv eller andre for betydeligt ubehag eller fare. Medicinsk behandling bør altid være forudgået af en grundig udredning af årsagen til den ændrede adfærd, herunder eventuelle fysiske årsager, samt andre behandlingstiltag, som bør fortsætte under den medicinske behandling.

Da adfærdsforstyrrelser ofte er situationsafhængige og derfor tidsbegrænsede, er det vigtigt med opfølgning af den iværksatte intervention, såvel medicinsk som ikke-medicinsk.

Medicingennemgang
Forudsætningen for en vellykket og sikker medicinsk behandling af ældre, og særligt patienter med demens, er regelmæssig gennemgang af den ordinerede medicin. Ældre er særligt sårbare over for bivirkninger og andre lægemiddelrelaterede problemer, og det er derfor essentielt at seponere lægemidler ved uacceptable bivirkninger, manglende effekt, eller når det ikke længere vurderes, at der er indikation for behandling.

Medicinsk behandling er ofte kompliceret, da der kan være problemer med f.eks. respons på behandling (adhærens) og besvær med at indtage medicinen. Inddragelse af pårørende og evt. plejepersonale er derfor essentielt for bl.a. observation og videreformidling, når der skal tages stilling til medicinsk behandling – både i forhold til opstart, den daglige behandling og ved seponering.

Kompetencer:
Fagpersonerne, som varetager medicinsk behandling, skal besidde nødvendig lægefaglig viden og kompetence inden for demensområdet. Herunder specifikke kompetencer inden for kommunikation med demensramte borgere og deres pårørende. Derudover bør det lægefaglige personale kommunikerer præcist, rettidigt og forståeligt med relevante professionelle samarbejdspartnere.

1.5 Palliativ Indsats
Borgere/patienter med demens er en udsat gruppe, hvor der allerede fra diagnosetidspunktet skal være særlig opmærksomhed, når det drejer sig om at vurdere palliative behov og efterfølgende tilbyde palliative indsatser (8).

Der kan være palliative behov, der bør afdækkes i alle faser af demensforløbet, herunder eksempelvis spørgsmål vedrørende fremtidig behandling og pleje, hvor der bør tilbydes samtaleforløb mellem borgere/patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Vurdering af det palliative behov kan være særlig svær, når borgeren/patienten er i den terminale fase. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvis borgeren/ patienten har så svær demens eller samtidig lider af andre alvorlige eller livstruende sygdomme, at det indebærer et behov for særlig palliativ indsats. Det anbefales, at vurderingen af, hvorvidt borgeren/patienten kan have palliative behov som minimum foretages, når diagnosen stilles, ved forværringer i sygdommen, ved sektorovergange samt ved andre begivenheder (f.eks. ændringer i den sociale situation, herunder eksempelvis hvis borgeren/patienten flytter i plejebolig, eller partneren bliver syg). Der findes ikke i dag et valideret redskab til denne vurdering, der dækker hele ovenstående område eller alle diagnoser.

Det er væsentligt at informere og/inddrage de pårørende ift. den palliative indsats.

Kompetencer:
Fagpersonerne, som varetager palliative indsatser bør have kompetencer til at give god grundlæggende lægefaglig behandling, sygepleje, tilstrækkelig og tilfredsstillende lindring af symptomer, samt psykosocial og åndelig støtte og omsorg. Dette indebærer desuden pædagogiske evner til at tale om palliativ behandling og livstruende sygdom med borger og pårørende. Læs yderligere herom i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats.

1.6 Tandpleje
Målgruppen har øget risiko for tandsygdom i løbet af deres demensforløb. Dårlig tandsundhed kan forværre tyggefunktionen, som er afgørende for fødeindtag, ernæring og fordøjelse.

Dårlig tandsundhed kan også påvirke patientens adfærd og medføre ubehag og smerter. Smerter fra mundhule og tænder er særligt problematiske for patienter med demens, der kan have svært ved både at lokalisere smerterne og gøre rede for smerteoplevelsen.

Denne målgruppe er omfattet af tilbuddet om omsorgstandpleje. Det er et kommunalt visiteret tilbud om forebyggende tandpleje og behandling til voksne, der på grund af deres helbred kun vanskeligt kan gøre brug af de sædvanlige tandplejetilbud. Hvis borgeren bor i plejebolig, foregår det via personalet, og hvis borgeren bor i eget hjem, er det hjemmeplejen eller bopælskommunens lokalcenter, der skal rette henvendelse til kommunen.

Er det mere end seks måneder siden, borgeren har været til tandpleje, og personens egenomsorg er nedsat, kan der aftales et rutinemæssigt tandeftersyn. Her kan tandlægen/tandplejeren lægge en samlet mundplejeplan for, hvordan der bedst tages vare på tænderne. Borgere/patienter med demens har ofte nedsat evne til egenomsorg, hvorfor nogle bør gå oftere til tandpleje end normalbefolkningen, for at få renset tænder og forebygge huller. Det anbefales derfor, at tandpleje skrives ind i plejeplanen, så der er opmærksomhed på mundhygiejne.

Ud over besøg til omsorgstandplejen er det væsentligt at plejepersonalet, som har daglig omgang med demensramte borgere, er opmærksomme at sikre en systematisk tilgang til regelmæssigt at få undersøgt borgerens mundhygiejne som en del af den almindlige plejeindsats.

Kompetencer:
Det er væsentligt at omsorgstandplejen, som varetager behandling af borgere med demens, har indblik i demenssygdommen og dens adfærdsmæssige konsekvenser for demensramte borgere. En god forståelse af sygdommen og dens symptomer kan lette behandlingen af den demensramte borger for både tandplejepersonalet og borgeren. Det er ligeledes væsentligt at plejepersonalet besidder denne indsigt, samt indblik i metoder som kan lette proceduren for inspektion af mundhygiejne i hverdagen.

Det anbefales, at kommunens demenskoordinationsfunktion forestår opkvalificering af omsorgstandpleje ift. håndtering af borgere med demens.

Det anbefales, at omsorgstandplejerne underviser plejepersonalet i væsentligheden af mundhygiejneinspektion samt giver metoder til at håndtere denne procedure, så plejepersonalet selvstændigt kan håndtere det på en god og værdig måde.

1.7 Ernæring

Målgruppen er i risiko for at udvikle underernæring og ikke planlagt vægttab. Underernæring kan være resultatet af, at mennesker med demens glemmer at købe ind, ikke kan overskue at lave mad, glemmer at spise, spiser for ensformigt eller ikke føler sult. Flere har ofte problemer med fødeindtagelse, synke-funktion og/eller vanskeligheder med at spise og drikke. Desuden har mennesker med demens ofte ændret appetit og besvær med at koordinere bevægelser, som f.eks. at skære mad ud eller føre den til munden, og kan derfor have svært ved at spise selv. De kan desuden have svært ved at tolke spisesituationen og forstå, hvad der skal spises, og hvordan det skal spises. Når alle disse risikofaktorer sammenholdes, opstår der øget risiko for underernæring og ikke planlagt vægttab, hvilket på sigt kan betyde tab af muskelmasse og nedsat funktionsevne, komplikationer til sygdommen og indlæggelse.

Det er derfor vigtigt, at kommunen, som en del af generel kostvejledning, systematisk monitorerer vægten, og at kommunen løbende foretager en ernæringsvurdering, således at underernæring, dehydrering og ikke planlagt vægttab opspores så tidligt som muligt. Det er ligeledes vigtigt, at der tages stilling til, hvilken støtte borgeren og evt. pårørende skal have, for at kunne indfri målene i ernæringsplanen. Kommunen fastlægger ernæringsplanen som en del af den individuelle diætbehandling. Individuel diætbehandling omfatter ernæringsscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kost-anamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan. Ernæringsplanen fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der eventuelt suppleres af ernæringsdrikke, f.eks. ved ikke planlagt vægttab.

Pårørende kan også være i risiko for ikke planlagt vægttab. Denne risiko overses ofte, idet sundhedsprofessionelle ofte er mere opmærksomme på den ernæringstilstand for borgeren/patienten med demens end den pårørendes.

Opmærksomhed på kost/ernæring kan med fordel være en del af den tidligere opsporing af borgere med demenssygdomme.

Kompetencer:
Fagpersonerne, som varetager ernæringsindsats, bør være kvalificerede til at give god kost- og ernæringsvejledning.
Læs yderligere om ernæringsindsats i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle

Sundhedspersonale bør være opmærksom på at underernæring og ikke planlagt vægttab kan være en muligt tegn på udvikling af demens.

1.8 Kognitiv stimulationsterapi
Målgruppen er ofte udfordret af at de, i ikke så høj grad som tidligere, deltager i grupper, hvor de udfordres af aktiviteter, der kræver tænkning, evne til koncentration og hukommelse m.v. Kognitiv stimulationsterapi er en evidensbaseret psykosocial intervention, der indebærer et struktureret gruppeforløb med et bredt spektrum af aktiviteter, som sigter mod stimulering af kommunikation og kognitive funktioner, bl.a. hukommelse og koncentration. De konkrete aktiviteter lægger op til, at hjernens funktioner aktiveres og dermed stimuleres. Det foregår bl.a. via deltagernes gruppedrøftelser af aktuelle og tidligere begivenheder og emner, samt samarbejde om kreative aktiviteter som f.eks. ordlege, spil, musik, mv.

Kompetencer:
Medarbejdere som udøver kognitiv stimulationsterapi, bør som udgangspunkt have kompetencer til at udøve struktureret og systematisk træning af de specifikke kognitive domæner, f.eks. hukommelse, opmærksomhed, sprog eller forarbejdningstempo.

1.9 Musikterapi
På trods af demens kan evnen til at synge, danse eller nyde musik for mange være velbevaret. Derfor kan der bruges musik i aktiviteter og i terapi til målgruppen. Ved musikterapi bruges musikken som en kontaktform, der kan gå bag om sproget, hvilket har til formål at samværet og behandlingen er på modtagerens præmisser. Musikken tilpasses og udvælges med udgangspunkt i den enkeltes målsætning, og behandlingen kan tilbydes uanset hvilket stadie, de befinder sig på. Den musikterapeutiske indsats og aktiviteter tilrettelægges i samarbejde med pårørende og medarbejdere og ud fra den enkeltes præferencer. Musikterapien stimulerer med en positiv og ubetinget kontakt og bibeholder positive erfaringer med musik. Et musikterapeutisk forløb rettes endvidere mod at identificere aktiviteter eller handlemåder, hvor pårørende og/eller medarbejdere kan videreføre det musikalske nærvær i dagligdagen.

Musikterapi kan muligvis anvendes som en del af en palliativ indsats.

Kompetencer:
Indsatsen kan varetages af fagpersoner som er kvalificerede til at understøtte at pårørende og/eller medarbejdere inddrager eller videreføre musikaktiviteter, musikalsk nærvær og brug af sang og musik i plejesituationer. Egentlig musikterapi varetages af uddannede musikterapeuter.

Region Syddanmark
Damhaven 12. 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000
regionsyddanmark.dk

De 22 kommuner i Region Syddanmark

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Journal nr.:	xx/xxxxx
Udarbejdet af:	Hasse Gerner Nielsen
E-mail:	Hasse.gerner.nielsen @rsyd.dk
Telefon:	21 49 32 76
Dato:	24-05-2022

Implementering af revideret samarbejdsaftale på demensområdet

Baggrund for revideringen

Arbejdet med revidering af den tværsektorielle samarbejdsaftale for demensområdet i Region Syddanmark blev påbegyndt i 2016 med nedsættelse af Den Tværsektorielle Arbejdsgruppe for den Samlede Demensindsats i Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen har reference til Følgegruppen for behandling og pleje og har lægefaglig direktør for Psykiatrien Anders Meinert og Områdeleder John Zachariasen fra Tønder Kommune som formænd.

Arbejdet med revidering af selve samarbejdsaftalen afventede i en længere periode de nye nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens fra Sundhedsstyrelsen. Da disse forelå i 2020, blev revideringsarbejdet genoptaget. Resultatet foreligger nu, og er baseret på "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens", "Den nationale demenshandlingsplan 2025" samt erfaringer fra de seneste 10 års samarbejde på demensområdet i Region Syddanmark.

Ændringer i samarbejdsaftalen

Ud over en række mindre justeringer, er de største rettelser/tilføjelser i samarbejdsaftalen som følger:

- Afsnit 2.1.2, om de regionale demensklinikkers opgave, er opdateret i overensstemmelse med nuværende praksis.
- Afsnit 7, om øvrig information og viden på området, er opdateret ift. nyeste informationskilder.
- Bilag 1, om demenskoordinatorfunktionen, er revideret i henhold til de erfaringer der er gjort med ordningen siden 2010.
- Bilag 2, om målgruppe og henvisningskriterier, er revideret i henhold til anbefalingerne for sengeafsnit/indlæggelse af borgere med demens.
- Bilag 5, om god demensudredningsproces, er tilføjet.
- Bilag 6, om pårørende- og brugerinddragelse, er tilføjet.
- Bilag 7, om anbefalinger til faglige indsatser på demensområdet, er tilføjet. Den bygger på afsnit 6 "Faglige indsatser" i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens 2020", men er omskrevet med input fra arbejdsgruppen og øvrige aktører på området.
- Definition af demens er tilføjet.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Den opdaterede samarbejdsaftale erstatter pr. x. xx 20xx den eksisterende samarbejdsaftale på demensområdet, som trådte i kræft den 2010.

Vurdering af konkret implementeringsbehov i sundhedsklyngerne
Da ovenstående justeringer har karakter af præciseringer vedrørende allerede eksisterende praksis på området, vurderes der ikke at være et behov for en gennemgribende implementeringsplan, som går på tværs af sundhedsklyngerne.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at den reviderede samarbejdsaftale dagsordenssættes og drøftes i de enkelte sundhedsklynger på fagligt strategisk niveau med henblik på at vurdere det lokale behov for implementering. I den forbindelse er der mulighed for at invitere formandskabet for arbejdsgruppen (lægefaglig direktør Anders Meinert, Psykiatrien Region Syddanmark og områdeleder John Zachariasen, Pleje og Omsorg, Tønder Kommune) til at præsentere aftalens indhold og tematikker. For aftaler om deltagelse af arbejdsgruppens formandsskab kan Hasse Gerner Nielsen, Tværsektorielt samarbejde kontaktes på e-mailadresse: hasse.gerner.nielsen@rsyd.dk eller tlf. 21 49 32 76.

Med venlig hilsen

Formandsskabet for Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i Region Syddanmark og de syddanske kommuner

Anders Meinert
Lægefaglig direktør, Psykiatrien Region Syddanmark

John Zachariasen
Områdeleder, Tønder Kommune

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/
Følgegruppe:
Journal nr.: 21/18077
Udarbejdet af: Annette Weng, Hanne Rømer Weiland
E-mail: avw@rsyd.dk, hrw@aabenraa.dk
Telefon:

Dato: 18-05-2022

Notat om videreudvikling af tværsektoriel kommunikation i forhold til arbejdsmarkedsområdet

Baggrund for analysen/kortlægningen

Videreudvikling af SAM:BO er beskrevet i sundhedsaftalen for 2015-2018 og er af Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget prioriteret blandt ét af seks indsatsområder i forbindelse med implementeringen af sundhedsaftalen.

Videreudvikling af SAM:BO er i Sundhedsaftalen for 2015-2018 beskrevet således, at SAM:BO skal tilpasses, så den kan dække både børn, unge- og voksenområdet inden for såvel somatik som psykiatri. SAM:BO skal på sigt række ud over sygehus og hjemmeplejesamarbejdet, således at den elektroniske kommunikation også understøtter samarbejdet med beskæftigelses-, social- og sundheds- og børne- og ungeforvaltningen.

Opgaven, der er placeret under Følgegruppen for behandling og pleje, blev dog ikke prioriteret i den forrige sundhedsaftaleperiode, da det i stedet blev besluttet, at man først ville prioritere en udvikling af det socialpsykiatriske område, hvilket førte til udvikling af SAM:BO-forløbene 6, 7 og 8.
Indsatsen omkring videreudvikling af SAM:BO i forhold til beskæftigelsesområdet blev derfor overført til den nuværende sundhedsaftaleperiode 2019 – 2023.

Der har siden 2019 været tiltag til igangsættelse af arbejdet. Udfordringer med bemanding af arbejdsgruppen samt den efterfølgende COVID-19 epidemi har dog medført, at arbejdet ad flere omgange er blevet udsat.

Følgegruppen for behandling og pleje har ved flere lejligheder udtrykt bekymring i forhold til behovet for at igangsætte arbejdet om videreudvikling af SAM:BO i forhold til arbejdsmarkedsområdet.

I efteråret 2021 blev der via Følgegruppen for behandling og pleje udpeget ny kommunal formand samt sekretær for arbejdsgruppen. I det efterfølgende møde mellem formandskab og sekretariat (24. september 2021) blev det besluttet, at lave en mindre kortlægning, som skulle afdække, hvorvidt der umiddelbart vurderes at være behov for at understøtte den tværsektorielle kommunikation på beskæftigelsesområdet. Kortlægningen baserer sig på en række tidligere udarbejde interviewspørgsmål.

Kommissorium for det indledende arbejde vedr. videreudviklingen af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet

Følgegruppen for behandling og pleje har tilbage i 2018 udarbejdet kommissorium for det indledende arbejde vedr. videreudviklingen af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. Kommissoriet er dog revideret ad flere omgange, jfr. ovenfor nævnte udsættelser.
Ifølge kommissoriet er formålet med det indledende arbejde, at afdække hvilke målgrupper, og dermed hvilke forløb, der er mest potentiale i at arbejde videre med.

I den forbindelse skal arbejdsgruppen ifølge kommissoriet:

- Analysere hvorvidt de tre udpegede forløb er de mest oplagte forløb at starte med henset til potentiale og arbejdsgange.
- Analysere hvorvidt de fire udpegede patientkategorier er de mest oplagte at tage udgangspunkt i henset til potentiale og arbejdsgange.
- Kvalificere hvilke forløb og patientkategorier, der bør indgå i videreudviklingen.

Kommissorium for arbejdet er vedlagt som bilag 1.

Forløb og patientkategorier

Ifølge kommissoriet - og baseret på tidligere analysearbejde – er det besluttet, at der skal tages udgangspunkt i følgende forløb:

- Sygedagpenge
- Ressourceforløb
- Kontanthjælpsmodtagere

og følgende fire patientkategorier:

- Patienter med kræft
- Patienter med sygdomme i bevægeapparatet
- Patienter med hjerneskade
- Patienter med en psykisk sygdom.

Da dette notat alene bygger på en kortlægning, med henblik på en vurdering af, om der er et behov for at understøtte den tværsektorielle kommunikation i forhold til arbejdsarbejdsmarkedsområdet, så er det ikke vurderet, om de i kommissoriet nævnte forløb og patientkategorier er de mest oplagte at tage udgangspunkt i.

Kortlægning via interviews - informanter

I kortlægningen, der er foretaget af en udvidet sekretariatsgruppe, har man skelet til kommissoriets forløb og patientkategorier og udvalgt to større samt to mindre kommuner til undersøgelsen. Samlet er der udført interview med følgende syv parter:

- Jobcentret Esbjerg Kommune
- Jobcentret Aabenraa Kommune
- Jobcentret Vejle Kommune (incl. IPS-konsulent)
- Jobcentret Odense Kommune (incl. IPS-konsulent)
- Onkologisk Afdeling Vejle Sygehus
- Psykiatrisk Afdeling Vejle (ambulant og stationær psykiatri)

- Psykiatrisk Afdeling, Esbjerg (Lokalpsykiatri Varde)

Det lykkedes desværre ikke at få en interviewaftale i stand med Neurologisk Afdeling i Vejle.

De syv interviews er gennemført i perioden fra januar til april 2022.
Almen Praksis har ikke været involveret i interviews, hvilket formentlig kunnet have styrket kortlægningen. Ligeledes har der heller ikke har været fokus på borger/brugerinddragelse i forbindelse med kortlægningen. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at samarbejdsaftalen (SAM:BO) henvender sig til det sundhedsfaglige personale og ikke har patienten/borgeren som målgruppe. Derfor har det ikke umiddelbart været i fokus at sikre brugerinddragelse.

Tendenser og fund i forbindelse med interviews

Klare mål for indsatsen
De syv interviews, der er gennemført, viser, at der fra sygehus til jobcenter er nogle klare forskelle i tilgangen til de mennesker, det hele handler om. Men samtidig der er også nogle helt centrale områder, hvor tilgangen for så vidt er ens i forhold til principper og klare mål.
I SAM:BO gælder det grundprincip, at ”al udskrivning starter ved indlæggelsen”. Dette princip kan således nemt overføres til Jobcentrets selvforsørgelsesformål, hvor ”målet om selvforsørgelse”, starter i det øjeblik en borger får behov for offentlig forsørgelse. Uanset hvilken diagnose patienten har, eller hvad årsagen til indlæggelsen er, så er målet, at patienten skal udskrives. På samme måde er målet helt klart, at borgeren, uanset hvilken forsørgelse de modtager, at de igen kan blive selvforsørgende, eller alternativt, at de afklares til fleksjob eller pension.

Paradigmeskifte
Gennem årene er der sket et paradigmeskifte i forhold til, hvordan borgerne opfattes i relation til deres arbejdsevne og det at være sygemeldt. Tidligere var det sådan, at når man var syg, var man syg. Hvis man havde en alvorlig diagnose eller en kronisk sygdom, fik mange en førtidspension. I dag er det helt normalt, at man tager på arbejde, selv om man ikke er 100% frisk, eller man arbejder måske hjemmefra i det omfang, man kan. En førtidspension gives sjældent på en diagnose, men i stedet ofte på vurderingen af, hvilken arbejdsevne borgeren har. Mange borgere passer endvidere et arbejde eller modtager en indsats, sideløbende med, at de er i behandling. Det kan være en udfordring, at ikke alle er fulgt med i den ændrede tilgang og tænkemåde og dermed det paradigmeskifte vi har set inden for de seneste år.

Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og jobcentrene
Overordnet peges der på, at samarbejdet mellem sundhedsvæsenet (sygehuse såvel som praktiserende læger) og jobcentrene fungerer godt. Alle jobcentre oplyser, at de anvender et elektronisk system – Netforvaltning Sundhed. Her indhentes lægeerklæringer og statusattester og oplysninger leveres digitalt og lagres direkte i jobcenterets fagsystem. Flere jobcentre anvender det elektroniske system Mediconnect, når der skal indhentes speciallægeerklæringer. Enkelte steder opleves det, at sygehusene til tider kan have en udfordring i forhold til at fremsende lægeattester og journaludskrifter elektronisk.
Sommetider er der behov for at kommunikere om andet end det, lægeattesterne viser. Her fremhævede flere, at de havde mulighed for at ringe til eksempelvis den praktiserende læge, men at det kunne være en udfordring at skulle hænge i kø sammen med alle patienterne. Generelt er der fra jobcentrenes side et meget stort ønske om at få adgang til de praktiserende lægers ”bagom-numre”.

Hvorvidt der automatisk skal gives besked til jobcentrene når en borger bliver indlagt, var der lidt divergerende holdninger til. Et jobcenter pegede på, at det kunne være rart i forhold til eventuelle aftaler, således at borgeren ikke blev sanktioneret for udeblivelse, mens et andet jobcenter ikke

ønskede automatisk at få de oplysninger, idet det kunne være i konflikt med reglerne for databeskyttelse, hvis oplysningerne ikke var relevante. Samtidig ved sygehusene ikke altid, hvilken forsørgelse, borgeren har.

Relationerne
Generelt for alle interviews blev der peget på, at relationen mellem de forskellige instanser samt kendskabet til hinandens områder, er helt afgørende for samarbejdet. Som der blev sagt under et interview, så er ”nærheden guld værd”. Et af de steder, hvor der blev gennemført et interview var lokalpsykiatrien. Jobcentret boende i samme bygning og det store, lokale lægehus lå lige ved siden af, hvilket var en åbenlys fordel i forhold til at kunne skabe et tæt samarbejde. Endvidere var IPS-konsulenten tilstede i lokalpsykiatrien en fast dag om ugen.

Generelt blev der peget på, at den relationelle koordinering fremmer forløbet for borgerne. En hurtig igangsættelse af indsatser er værdifuldt, uanset i hvilket regi. Der blev i et af interviewene stillet et forslag om, at jobcentrene deltager i udskrivningsmøderne fra sygehusene, hvor dette skønnes relevant.
I et af interviewene med lokalpsykiatrien blev det fortalt, at patienten/borgeren oplevede, at der blev ydet en fælles indsats, når lokalpsykiatrien var med inde over deres sag i jobcentret. Det er dog vigtigt, at der er respekt for hinandens fagområder og at den enkelte behandler/sagsbehandler holder sig på sin egen banehalvdel, og ikke lover nogen på andres vegne.

Kommunikation og fælles sprog
Kommunikationen opleves generelt som værende god. Det meste af den kommunikation, der foregår mellem instanserne er skriftlig. Men ind imellem bliver der også kommunikeret via telefonen. Desværre kan der være den udfordring med telefonsamtalerne, at de ikke altid bliver noteret i journalen. Den helt store fordel her er, at det er nemmere at være i dialog omkring de spørgsmål, som en lægeattest kan medføre.

Det er ikke altid, at det, der anmodes om i en lægeattest eller erklæring, er præcist nok formuleret. Så bliver det lidt ”som man råber i skoven, får man svar”. Samtidig er ”lægesproget ikke altid det nemmeste at forstå. Flere steder er der tilknyttet lægekonsulenter til jobcentrene, som er med til at ”oversætte”. Modsat er de begreber, som sagsbehandlerne benytter, ikke altid de nemmeste for borgerne at forstå.

Ind imellem kunne det ønskes, at der var mere dialog samt mere fleksibilitet i dialogen, og at snitfladerne var mere gennemsigtige. I enkelte sager hvor der er mange forskellige instanser ind over, er der også givet udtryk for, at det kunne være hensigtsmæssig med en person, der havde den koordinerende funktion.

En anden udfordring er, at der ikke altid er et fælles sprog mellem sektorerne, og at der ikke lægges vægt på de samme forhold. Termerne bliver brugt forskelligt, og værktøj og begreber anvendes forskelligt.
Eksempelvis er diagnoser et begreb, der bliver brugt til at fastlægge den videre behandling. Men dette gør sig ikke nødvendigvis altid gældende på jobcentrene. Her ses der derimod på hvilken arbejdsevne, borgeren har. To borgere med den samme diagnose og på den samme ydelse, skal ikke altid have den samme indsats. Samtidig kan de økonomiske rammer for de indsatser, der tilbydes på de forskellige jobcentre spille en rolle i de forløb, som borgerne tilbydes.

Et af jobcentrene pegede på, at det er vigtigt at se på, hvad der er diagnose, prognose og hvilke handlemuligheder der er. Det er også vigtigt at skelne mellem, hvad der er er objektive fund, og hvad der er borgerens subjektive beskrivelse. Kommunikationen mellem sagsbehandleren og eksempelvis borgerens egen læge kan i de tilfælde have afgørende betydning og være med til at klarlægge sagen.

Det er ligeledes afgørende, at parterne har en ensartet forståelse af begreberne. Et begreb som

”skånebehov” kan opfattes fra forskellige vinkler. – Er det et skånebehov som led i at blive rask, eller er det et skånebehov som led i at kunne varetage et arbejde? Som der blev nævnt under et interview, så ”er der et billede af, at jobcentret moser for meget på, mens psykiatrien ”nurser” for meget”.

Sagsgange
Generelt blev der peget på, at der både i jobcentrene og i sundhedsvæsenet blev fulgt en form for skabelon i forhold til, hvordan et forløb blev tilrettelagt. Dog er der store udsving i de tilrettelagte forløb. På jobcentrene er der endvidere krav om, at der afholdes samtaler med et fast tidsinterval, alt efter hvilken målgruppe borgerne tilhører. Der er også krav om at oplyse en sag tilstrækkeligt, hvis borgerne skal afklares til en anden offentlig forsørgelse. I et af interviewene blev det fra sygehuset oplyst, at der som regel er forskellige processer alt efter hvilken diagnose, patienten har og hvilken sindstilstand, patienten er i.
Et af jobcentrene udtrykte ønske om mere gennemsigtige snitflader.

På de interviewede sygehusafdelinger anvendes SAM:BO til at kommunikere med kommunernes ”Myndighedsafdeling” og patientens egen læge. Kvaliteten er svingende, idet de socialpsykiatriske forløb (forløb 6, 7 og 8) ikke er tilstrækkeligt implementeret. Hvis der sendes socialpsykiatrisk korrespondance til ”Myndighed” reagerer de pr. telefon efter sygehusets elektroniske henvendelse. Det gode ved SAM:BO-kommunikationen er, at den er gennemsigtighed, og at en kollega kan tage over, hvis en medarbejder er syg.
SAM:BO-kommunikationen fungerer rigtigt fint i forhold til egen almen praksis, da det ofte er svært at træffe lægen telefonisk.

I forhold til sagsgange er det af en enkelt informant blevet påpeget, at der for almen praksis kan være økonomiske incitamenter som bevirker, at de ikke anvender generel og specifik lægeattest.

Konklusioner fra interviews

Hovedkonklusionen på kortlægningen er, at der ikke vurderes at være et behov for at understøtte den tværsektorielle kommunikation på arbejdsmarkedsområdet ved udarbejdelse af nye SAM:BO-forløb. Blandt delkonklusionerne er der fokus på følgende temaer:

Fra alle sider arbejdes der på at skabe de bedste rammer og forløb for borgerne. Holdningen til det at være syg, sygemeldt eller ledig har ændret sig gennem årene, så det ikke længere er et enten eller - men ofte et både og. Det holdningsskifte har medført, at der opstået et større behov for tæt kontakt og samarbejde og et behov for koordinering af behandling og indsats.

For at det hele skal lykkes og gå op i en højere enhed, er det nødvendigt med et godt samarbejde der bygger på gode og tætte relationer med mellem sektorerne. Kort sagt betyder relationel koordinering alt. Man skal have kendskab til og forståelse for hinandens kompetenceområder, og samtidig have den respekt, der sikrer, at man aldring overskrider egne beføjelser.
Manglende kendskab til hinandens områder og kerneopgaver kan være en udfordring. Denne udfordring opleves især i forhold til de dobbeltdiagnosticerede (borgere med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug). Denne patientgruppe blev nævnt i samtlige interviews som en gruppe, der ofte falder mellem to stole.

Flere af de interviewede nævner samlokation, som et af de elementer, der kan styrke den relationelle koordinering. Men også fælles erfamøder, fællesmøder omkring borgeren mellem lokalpsykiatri og jobcentret, tværfaglige teammøder og fælles supervision med IPS-konsulenterne er blandt de initiativer, der kan gøre en forskel og styrke samarbejdet.

Kommunikationen har afgørende betydning. Sagsforløbene skal være synlige og tydelige for alle parter, og der skal være en god dialog med alle de involverede parter.

Flere af sygehusafdelingerne nævner behovet for en re-implementering af SAM:BO i forhold til det socialpsykiatriske område. De påpeger, at det er vigtigere at få implementeringen af SAM:BO Socialpsykiatri på plads, før man begynder at udvikle nye forløb (eksempelvis i relation til arbejdsmarkedsområdet).

Proces

Sagen forelægges den 2. juni for Følgegruppen for behandling og pleje. Herefter skal den videre til behandling i Det Administrative Kontaktforum den 8. september og endelig godkendes i Sundhedssamarbejdsudvalget den 14. oktober 2022.

Beslutning for Punkt 3: Godkendelse af forslag til ændringer af rammeaftalen for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne

Der var ønske om fra regional side at udskyde dette punkt, så det kan komme på regionens Koncernledelsesforum forud for behandlingen i Det Administrative Kontaktforum. Det blev besluttet, at punktet kan formandsgodkendes, når det har været behandlet i regionens Koncernledelsesforum.

Fra kommunal side var der to bemærkninger til punktet, som blev videregivet: Der er et ønske om, at der gives mulighed for ad hoc-deltagelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed i det infektionshygiejniske netværk/erfa-gruppe i hvert SOF-område, som der lægges op til at etablere. Dette ønskes med henblik på vidensdeling på tværs af sektorer og derigennem styrke de kommunale hygiejneorganisationer. Derudover var der en opmærksomhed i forhold til prisen for tilkøbsordningen.

Godkendelse af forslag vedr. revidering af rammeaftale for infektionshygiejne

Sagsnr.: 22/20270

RESUMÉ

Følgegruppen for Forebyggelse har igangsat en evaluering og revidering af den nuværende rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning. En tværsektoriel arbejdsgruppe har med udgangspunkt i evalueringen foretaget en revidering af rammeaftalen, der nu foreligger til endelig godkendelse.

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Siden 2015 har Rammeaftalen for Infektionshygiejnisk Rådgivning fra sygehusene til kommunerne dannet udgangspunkt for samarbejdet på det infektionshygiejniske område i Region Syddanmark.

Som led i den løbende monitorering af rammeaftalen for infektionshygiejnisk rådgivning fremgår det, at rammeaftalen skulle evalueres primo 2021. Følgegruppen for Forebyggelse besluttede i august 2020 at fremskynde evalueringen på baggrund af situationen med COVID-19. Tværsektorielt Samarbejde i Region Syddanmark blev tovholder for at udarbejde en evaluering med involvering af de regionale hygiejnesygeplejersker. Evalueringen blev udarbejdet i vinteren 2021 og bestod af et spørgeskema, der blev sendt til alle kommuner i Region Syddanmark samt en række generiske spørgsmål, der blev drøftet i de enkelte SOF'er.

I evalueringen (bilag 1) fremgår forslag om mindre og større ændringer i rammeaftalen. På denne baggrund besluttede følgegruppen at iværksætte et arbejde med at revidere aftalen, så rammeaftalen imødekommer den udvikling, der har været i kommunerne de seneste år, og som er accentueret af situationen med COVID-19.

Der blev derfor nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der havde til formål at udarbejde et oplæg til revidering af rammeaftalen.

Oplæg til revidering af rammeaftalen

På baggrund af evalueringen er det arbejdsgruppens vurdering, at rammeaftalen danner et godt fundament for samarbejdet på det infektionshygiejniske område i forhold til aftalens nuværende indhold og opbygning.

Det er vurderingen, at de konkrete ændringsforslag, der fremgår af evalueringen, kan indarbejdes i den nuværende rammeaftale med mindre ændringer. Arbejdsgruppen og følgegruppen for forebyggelse har haft to fælles drøftelser vedr. ændringerne til rammeaftalen.

Med dette afsæt forelægges Det Administrative Kontaktforum følgende seks ændringsforslag til godkendelse.

1. Ny baggrundsbeskrivelse, der italesætter behov for netværk og sparring på SOF-niveau
2. Mulighed for tilkøb af abonnementsordning i forhold til telefonisk rådgivning
3. Tydeliggørelse af, hvad der menes med "generel sparring"
4. Skiftevis regional og lokal temadag
5. Tilpasning af undervisning i basisaftalen

6. Basisuddannelse i infektionshygiejne og supplerende uddannelse som enkeltstående konsulentydelse

Ændringsforslagene er uddybet i bilag 2. Med afsæt i ændringsforslagene er der udarbejdet et udkast til en revideret rammeaftale i bilag 3.

Følgegruppen for Forebyggelse godkendte ændringsforslagene d. 7. april 2022.

Økonomi
I bilag 2 er der under hvert ændringsforslag indsat et afsnit om de økonomiske forhold. Det skal bemærkes, at størstedelen af ændringerne ikke kræver økonomi.

INDSTILLING
Følgegruppen for Forebyggelse indstiller, at Det Administrative Kontaktforum

- Godkender den reviderede Rammeaftale for Infektionshygiejnisk Rådgivning.

BILAG
- Bilag 1 - Evaluering af rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning_februar 2021
- Bilag 2 - Notat vedr. ændringsforslag
- Bilag 3 - Udkast til revideret rammeaftale om Infektionshygiejnisk Rådgivning

Version maj 2022

Rammeaftale om Infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne

Region Syddanmark og de 22 kommuner

1. Baggrund

Den forebyggende hygiejneindsats i kommunerne bliver stadig mere vigtig på grund af accelererede patientforløb og en stigende andel af ældre borgere. Desuden er der i de senere år set en øget forekomst af resistente mikroorganismer, hvilket udgør en særlig risiko for syge og svage borgere. Denne udvikling nødvendiggør en styrket hygiejneindsats for at forebygge infektioner og smitteudbrud og reducere antallet af indlæggelser på grund af dette.

Kommunernes indsats på det infektionshygiejniske område understøttes fra flere sider. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne angiver den overordnede ramme for kommunernes hygiejneindsats bl.a. gennem en række anbefalinger til indsatsen. Der foreligger desuden en række nationale infektionshygiejniske retningslinjer målrettet såvel sygehuse og primærsektoren. Endelig kan de infektionshygiejniske enheder på sygehusene bidrage til at understøtte kommunernes indsats.

Historisk har der i Region Syddanmark været en vis variation i, hvilken rådgivning de infektionshygiejniske enheder på sygehusene har tilbudt kommunerne, og i hvorvidt kommunerne har indgået aftaler med sygehusene om at benytte denne rådgivning. Med Sundhedsaftalen 2015-2018 har kommunerne og regionen prioriteret, at der skulle udarbejdes en regional aftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne. Arbejdet med aftalen blev igangsat i 2016, og nærværende rammeaftale er resultatet heraf.

Revidering af rammeaftalen i 2022

Rammeaftalen blev evalueret i første kvartal 2021. I evalueringen bemærkes det blandt andet, at COVID-19 for alvor har sat det infektionshygiejniske område på dagsordenen samt accentueret kommunernes behov for at etablere egen hygiejneorganisation.

Der er derfor flere kommuner, der i dag har etableret egen hygiejneorganisation, og som også har ansat egne hygiejnesygeplejersker/hygiejnekonsulenter, end der var, da rammeaftalen blev indgået i 2016. Det er derfor vurderingen, at udgangspunktet for samarbejdet på det infektionshygiejniske område har ændret sig markant, siden rammeaftalen trådte i kraft i 2016.

Udvalgte elementer af rammeaftalen er revideret i 2022 for i højere grad at imødekomme den variation, der er i kommunernes hygiejneorganisationer.

Fokus på netværk og sparring i de lokale samordningsfora

Som led i at flere kommuner har oprustet egen hygiejneorganisation og ansat medarbejdere med ansvar for den samlede hygiejneindsats i kommunen, er behovet for netværk og sparring steget.

Med afsæt i ovenstående er det således centralt, at rammeaftalen ikke står alene. Rammeaftalen skal suppleres med et infektionshygiejnisk netværk/erfa-gruppe i de lokale samordningsfora (SOF), hvor både kommuner og de infektionshygiejniske enheder på sygehusene indgår. Mødekadence, varighed og indhold planlægges i de enkelte SOF'er, men det anbefales, at der som minimum afholdes et halvårligt netværksmøde. Det kan overvejes lokalt, hvordan almen praksis eventuelt kan/bør tænkes ind i netværket.

Sekretæren for det enkelte SOF-område tager initiativ til indkaldelse.

KLADDE

2. Formål

Overordnet skal denne regionale rammeaftale understøtte kommunernes infektionshygiejniske indsats via rådgivning fra sygehusene. Formålet med aftalen er:

- At sikre alle kommuner i regionen et bredt tilbud om infektionshygiejnisk rådgivning på et højt fagligt niveau
- At sikre kommunerne et ensartet rådgivningstilbud til samme pris på tværs af sygehusenhederne

Rammeaftalen fastlægger, hvilke rådgivningsydelser, sygehusenhederne er forpligtede til at tilbyde kommunerne, og på hvilke vilkår og til hvilken pris. Herunder afklarer aftalen rammerne for regionens vederlagsfri rådgivning på hygiejneområdet jf. Sundhedsloven § 119, stk. 3. Kommunerne er ikke forpligtede til at indgå en aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning.

For at benytte rådgivningen skal den enkelte kommune indgå en skriftlig aftale med den lokale sygehusenhed. Vilkårene for den lokale aftale er fastlagt i den regionale rammeaftale, og skabelonen i bilag 1 skal benyttes for at indgå den lokale aftale.

3. Anvendelsesområde i den kommunale organisation

Kommunerne fastlægger i dialog med den lokale sygehusenhed, i hvilke dele af den kommunale organisation, rådgivningsydelserne benyttes. Det kan fx være:

- Plejehjem, plejecentre og andre bo-enheder inden for ældre- og handicapområdet
- Hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Diverse dagtilbud og væresteder inden for ældre- og hjemmeplejen
- Det socialpsykiatriske område med tilhørende institutioner, botilbud, væresteder og værksteder
- Sundhedsplejen, herunder i samarbejde med sundhedsplejen diverse dag- og døgninstitutioner, dagplejen, skole- og fritidsordninger

4. Samarbejde om rådgivningen

Et godt samarbejde om den infektionshygiejniske rådgivning mellem den enkelte kommune og den lokale sygehusenhed bygger på nedenstående elementer.

4.1 Hygiejneorganisation i kommunerne

Før den enkelte kommune indgår en aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, bør kommunen opbygge en tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation. Der er to væsentlige grunde til dette:

- En hygiejneorganisation sikrer det størst mulige faglige udbytte af rådgivningen, idet forudsætningen for at sprede og forankre viden er bedre
- En hygiejneorganisation understøtter, at hygiejneindsatsen varetages som en løbende driftsindsats i kommunen.

Anbefalingen om en hygiejneorganisation ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om hygiejne. En kommunal tværgående, ledelsesforankret hygiejneorganisation består jf. forebyggelsespakken af et strategisk og et udøvende niveau. På det strategiske niveau er opgaven at understøtte samarbejdet mellem kommunens forvaltninger og kontakten til almen praksis samt at udarbejde kommunens hygiejnepolitik. På det udøvende niveau er opgaven at organisere, planlægge, udvikle og monitorere hygiejneområdet i kommunen samt at formidle hygiejnepolitikken i kommunen.

KLADDE

4.2 Kontaktpersoner i kommunen

Kommunen skal udpege to primære kontaktpersoner i den kommunale organisation. Kontaktpersonerne er dem, der primært tager kontakt til sygehuset for at rekvirere rådgivning. Tilsvarende kan sygehuset formidle faglig, infektionshygiejnisk information, orientere om temadage, kurser mv. til kommunen gennem kontaktpersonerne.

Udpegning af kontaktpersoner gælder også for kommuner, der kun ønsker at benytte vederlagsfri rådgivning.

4.3 Sygehusenes prioritering af rådgivningsopgaven

Sygehuset anser rådgivningsopgaven som en del af den samlede opgaveportefølje i de infektionshygiejniske enheder og prioriterer således rådgivningsopgaven på niveau med øvrige opgaver.

KLADDE

5. Vederlagsfri rådgivningsydelser

Sygehusene stiller nedenstående rådgivningsydelser vederlagsfrit til rådighed for kommunerne (tabel 1).

Tabel 1. Vederlagsfrie rådgivningsydelser

Opgave	Ydelse	Form
Specifik rådgivning på cpr.nr-niveau	Skriftlig rådgivning kun i forbindelse med udskrivelse af patienter. Ved behov: Opfølgende sparring om patientsagen	Via MedCom-korrespondancer og plejeforløbsplaner (er knyttet til den udskrivende afdeling). Ved behov: Opfølgende sparring per telefon/e-mail/korrespondance-meddelelse
Specifik rådgivning om MRSA på cpr.nr-niveau	Sparring om MRSA[1] (rådgivning om øvrige resistente mikroorganismer håndteres mod vederlag eller vederlagsfrit i forbindelse med udskrivelser) [1] I Region Syddanmark varetages vejledningsopgaven vedrørende MRSA af de lokale infektionshygiejniske enheder i samarbejde med almen praksis	Ad hoc per telefon eller skriftligt
Vidensformidling	Faglig opdatering om infektionshygiejne	En årlig temadag for hver af de fire geografiske SOF-områder eller én fælles temadag for hele regionen. Sygehuset har initiativet. Temadagenes længde afhænger af tema og målgruppe. Temadagene afholdes årligt – der skiftes mellem at blive afholdt en fælles regional temadag og en lokal temadag i de enkelte SOF'er. Sygehusets infektionshygiejniske enhed sender eller videresender ad hoc skriftlig information til kommunerne, når det findes relevant.
Generel sparring	Kortfattet afklaring af afgrænsede problemstillinger, fx om håndhygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler etc. (NB: Mere dybdegående, faglig rådgivning kan leveres mod vederlag jf. tabel 2. Regionen vurderer, hvornår sparringen har en sådan karakter, at det ligger udenfor det vederlagsfri og skal forud for denne rådgivning gøre modtageren opmærksom herpå.)	Ad hoc per e-mail eller telefon.

6. Rådgivningsydelser mod vederlag

Sygehusene tilbyder kommunerne en række rådgivningsydelser mod vederlag. Disse ydelser omfatter:

- **En basispakke**, der kun kan købes samlet. Basispakken samler en række rådgivningsydelser, som vurderes at være relevant for en stor del af kommunerne i Region Syddanmark at benytte. Aftale om basispakken indgås for en fireårig periode (tabel 2).

- **"Hyldevarer"** – dvs. ydelser, der købes enkeltvis efter den enkelte kommunes behov. Aftaler om disse ydelser indgås for en fireårig periode (tabel 3).

- **Enkeltstående konsulentydelser** – dvs. ydelser, der er koblet op på enkeltsager, og som købes enkeltvis. Ydelserne aftales fra sag til sag (tabel 4).

Basispakken, hyldevarer og enkeltstående konsulentydelser kan købes uafhængigt af hinanden.

Det anbefales dog, at kommunerne køber basispakken for at sikre en løbende og stabil understøttelse af driftsindsat- sen for infektionshygiejnisk forebyggelse.

6.1 Basispakke

Kommuner, der ønsker adgang til at benytte rådgivningsydelserne i basispakken, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et samlet årligt rammebeløb for adgang til alle ydelser i pakken. Basispakken koster årligt 2,90 kr. per borger + 4.541,86 kr. (2022-tal). Taksterne pristalsreguleres.

Af bilag 2 fremgår prisen på basispakken for hver af de 22 kommuner i Region Syddanmark.

Tabel 2. Basispakke af rådgivningsydelser mod vederlag

KLADDE

Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Uddannelse i infektionshygiejne	Uddannelse af hygiejne-nøglepersoner i basishygiejne og eventuelt i supplerende infektionshygiejniske forhold	Sygehuset afholder 2 dages basiskursus for nye hygiejne-nøglepersoner. Undervisningen afholdes som udgangspunkt lokalt i kommunen. Der aftales fordeling af undervisningen mellem basis og supplerende ifm. indgåelse af aftale og herefter en gang årligt.	Ved indgåelse af aftale vælges en af følgende: 1 kursusdeltager per år per 10.000 indbyggere eller 1,5 antal timer per år per 10.000 indbyggere*.
Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	Faglig sparring mhp. at implementere og vedligeholde hygiejneorganisationen	Sygehuset deltager i møder i den kommunale hygiejneorganisation	2 årlige møder á 2 timers varighed
Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	1 audit per år per 10.000 indbyggere, dog mindst 1 audit årligt per kommune
Rådgivning	Faglig rådgivning på cpr.nr. niveau og generelle problemstillinger, fx om konkrete patientsager eller ved udbrud, om håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøring og desinfektion, særlige forhold ved resistente bakterier, værnemidler, instrumenthåndtering etc.	E-mail-/telefonisk rådgivning eller ved fysisk fremmøde i kommunen (på institutioner mv.)	Ad hoc

** Der kan tilkøbes ekstra kursuspladser i mindre omfang (se bilag 3)*

KLADDE

6.2 Hyldevarer

Kommuner, der ønsker at benytte rådgivningsydelser i form af hyldevarer, indgår en fireårig aftale med den lokale sygehusenhed og betaler herefter et årlig beløb for de aftalte ydelser.

Prisen for en audit er 7.468,82 kr. De øvrige ydelser afregnes efter en fast timetakst på 504,62 kr. per time. (2022-tal). Taksterne pristalsreguleres.

Tabel 3. Hyldevarer mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Hyldevarer (fireårig aftale)	Audits/hygiejnetilsyn i institutioner	Gennemførelse, afrapportering, dialog og handleplan	Efter audit-metode	Antal audits beslut- tes ved indgåelse af aftale
	Udarbejdelse af årsrapport for indsatser og handleplan på det infektionshygiejniske felt i kommunen	Faglig sparring på kommunalt udkast til årsrapport, evt. møde herom.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttes ved indgåelse af aftale
	Ajourføring af retningslinjer	Faglig sparring, fx gennemlæsning og kvalitetssikring i henhold til nationale retningslinjer.	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttes ved indgåelse af aftale

6.3 Enkeltstående konsulentydelser

Kommuner, som ønsker at benytte sig af enkeltstående konsulentydelser, indgår aftale med den lokale sygehusenhed ved behov. Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.606,03 kr. (2022-tal). Taksten pristalsreguleres.

Tabel 4. Enkeltstående konsulentydelser mod vederlag

	Opgave	Ydelse	Form	Omfang
Enkeltstående konsulentydelser	Kompetenceudvikling	Uddannelse af kommunale medarbejdere, der arbejder med hygiejne. Fx temabaseret (håndhygiejne, uniforms- hygiejne mv.)	Aftales med den enkelte kommune, fx temadage, kurser mv.	Timetal besluttes ved indgåelse af aftale
	Rådgivning om enkeltsager (ikke personsager)	Faglig sparring om konkrete opgaver, fx om indkøbsaftaler og kravspecifikationer, om ny- og ombygning	E-mail-/telefonisk rådgivning	Timetal besluttes ved indgåelse af aftale. Der er mulighed for at tilkøbe et fast antal timers rådgivning pr. år ved indgåelse af en 4-årig aftale. Dette afregnes med udgangspunkt i den enkeltstående konsulentydelse. Hvis en kommune ønsker et fast

			timeantal på 10 timer årligt over en 4-årig periode, koster ordningen følgende: Enkeltstående konsulentydelse (1606 kr.) * 10 timer * 4 år = 64.240 kr.
Opbygning af tværgående hygiejneorganisation	Rådgivning om kommissorium, proces, infektionshygiejniske retningslinjer mv. Uddannelse af hygiejnenøglepersoner	Møder og e-mail-/telefonisk rådgivning Kursus	Timetal besluttes ved indgåelse af aftale
Basisuddannelse i infektionshygiejne	Uddannelse af hygiejnenøglepersoner i basisundervisning i infektionshygiejne Målgruppen er tovholdere og hygiejnepersoner på tværs af regionen.	Sygehuset / regionen udbyder min. 1 gang årligt basisundervisning i infektionshygiejne.	Deltagerbetaling* Endelig pris for deltagerbetaling meldes ud til kommunerne i forbindelse med tilmelding til kurset.
Supplerende uddannelse	Uddannelse af hygiejnenøglepersoner i supplerende hygiejniske forhold. Målgruppen er tovholdere og hygiejnepersoner på tværs af regionen, der har gennemført en basisuddannelse i infektionshygiejne (eller tilsvarende uddannelse).	Kommuner kan anmode om undervisning i konkrete emner inden for den supplerende infektionshygiejne. Afhængigt af sygehusets/ regionens ressourcer udbydes undervisning i supplerende infektionshygiejne.	Deltagerbetaling*

* Deltagerbetalingen udregnes med afsæt i den enkeltstående konsulentydelse på 1606,03 kr., så den tid hygiejnesygeplejerskerne afsætter til afholdelse af kurset dækkes ind.

7. Indgåelse og opsigelse af lokal aftale mellem kommune og sygehus

Den enkelte kommune kan når som helst i løbet af et kalenderår indgå en aftale med den lokale sygehus-enhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning. Aftaleparterne går i dialog om, hvornår levering af rådgivningen konkret kan påbegyndes.
Aftalerne om infektionshygiejnisk rådgivning indgås for en fireårig periode med undtagelse af de enkeltstående konsulentydelser, som typisk afvikles inden for en kortere, tidsafgrænset periode. Enhver aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning er uopsigelig i aftaleperioden, med mindre at begge parter er enige om at opsige eller ændre aftalen.

Den enkelte kommune kan indgå flere samtidige aftaler med den lokale sygehusenhed, hvis der opstår behov for rådgivning, som ikke dækkes af den først indgåede aftale. Det kan eksempelvis dreje sig om en kommune, der indgår en fireårig aftale om levering af basispakken, og som på et senere tidspunkt har behov for at supplere med en fireårig aftale om hyldevarer.

Kommuner kan kun indgå aftale om levering af infektionshygiejnisk rådgivning med den somatiske sygehusenhed, der er placeret i det Lokale Samordningsforums geografiske område og ikke med andre sygehusenheder i regionen.

8. Fortolkning af den regionale rammeaftale

Spørgsmål om fortolkning af den regionale rammeaftale rejses i Følgegruppen for Forebyggelse på indstilling fra det Lokale Samordningsforum.

9. Ændring af den regionale rammeaftale

Ændringer i den regionale rammeaftale skal godkendes i Sundhedskoordinationsudvalget.

Almindelig opdatering af aftalen og ændringer af redaktionel karakter (pristalsregulering af takster, justering af skabelon for lokal aftale mellemkommune og sygehus mv.) igangsættes og godkendes af Følgegruppen for Forebyggelse.

Ændringer i den regionale rammeaftale påvirker ikke allerede indgåede lokale aftaler om infektionshygiejnisk rådgivning. Således fortsætter allerede indgåede lokale aftaler aftaleperioden ud, medmindre aftale- parterne er enige om at tilpasse aftalen til ændringer i den regionale rammeaftale.

10. Monitorering og evaluering af den regionale rammeaftale

Følgegruppen for Forebyggelse følger op på aftalen via følgende aktiviteter:

1. Hvert år indhentes status for, hvor mange kommuner, der har indgået aftale med den lokale sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning, herunder hvilke ydelser, der købes. Første status leveres primo 2018 og herefter på følgegruppens første møde i hvert kalenderår.

2. Hvert andet år indhentes en kort status fra de fire sygehusenheder og de kommuner, der har en aftale om levering af rådgivning, omhandlende:
    a. Oplevelsen af det lokale samarbejde om rådgivningen
    b. Muligheder for videreudvikling af den infektionshygiejniske rådgivning

    Status indhentes via nogle få standardiserede spørgsmål og sammenfattes på tværs af sygehusenhederne og kommunerne. Første status leveres primo 2019 og herefter på følgegruppens første møde i hvert andet kalenderår.

3. Hvert fjerde år evalueres den regionale rammeaftale vedrørende bl.a.:
    a. Sammensætning af ydelser i basispakken
    b. Omfanget af ydelser i basispakken
    c. Det samlede udbud af rådgivningsydelser

    Evalueringen dagsordenssættes i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget. Første evaluering foretages primo 2021.

KLADDE

11. Ikrafttræden

Den regionale rammeaftale er gældende fra den 1. januar 2017 efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. december 2016.

KLADDE

Bilag 1: Skabelon for aftale mellem kommune og sygehusenhed om levering af infektionshygiejnisk rådgivning

Denne skabelon anvendes, når kommuner indgår aftale med den lokale sygehusenhed om infektionshygiejnisk rådgivning.

Aftaleparter

Følgende aftale om infektionshygiejnisk rådgivning indgås mellem:

[Indsæt sygehusets navn]		[Indsæt kommunens navn]
[Indsæt sygehusafdelingens navn] [Indsæt afdelingens adresse]	og	[Indsæt kommuneafdelingens navn] [Indsæt afdelingens adresse]
[Indsæt navn på aftaleansvarlig]		[Indsæt navn på aftaleansvarlig]
[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]		[Indsæt e-mail og tlf.-oplysninger]

Ydelser i aftalen

Aftaleparterne indgår aftale om:

Rådgivningsydelse	Sæt X	Omfang
Basispakke (fireårig aftale)		
Hyldevarer (fireårige ydelser)		
Audits/hygiejnetilsyn i institutioner		Antal audits pr. år:
Udarbejdelse af årsrapport		Antal timer pr. år:
Ajourføring af retningslinjer		Antal timer pr. år:
Enkeltstående konsulentydelser		
Kompetenceudvikling		Antal timer:
Rådgivning om enkeltsager		Antal timer:
Opbygning af hygiejneorganisation		Antal timer:

Se "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne" for specifikation af rådgivnings-ydelsernes indhold, form, omfang og pris.

Aftalens løbetid

Aftale om basispakke og hyldevarer indgås for en fireårig periode. Enkeltstående konsulentydelser leveres efter aftale mellem aftaleparterne.

Aftalen gælder fra _____til _____ (indsæt periode)

KLADDE

Afregning

For basispakken og hyldevarer fakturerer sygehuset én gang årligt for aftalens ydelser.

For enkeltstående konsulentydelser fakturer sygehuset efter levering af ydelsen.

Udfordringer i samarbejdet

Opleves der udfordringer i samarbejdet om aftalen, søges det løst i dialog lokalt mellem sygehus og kommune. Uenighed om, hvordan aftalen tolkes, søges ligeledes løst i lokal dialog.

Ændringer

Ændringer i aftalen kan foretages ved enighed mellem aftaleparterne og inden for rammerne af "Rammeaftale om infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne".

Opsigelse

Aftalen er uopsigelig i aftaleperioden.

Underskrift

Med underskrift fra aftaleansvarlig indgår aftaleparterne hermed aftale om infektionshygiejnisk rådgivning som beskrevet af ovenstående og i "Rammeaftale for infektionshygiejnisk rådgivning fra sygehusene til kommunerne"

Dato	Dato
_____	_____
For	For
[Indsæt sygehusets navn]	[Indsæt kommunens navn]

KLADDE

Bilag 2: Pris for basispakken i de 22 syddanske kommuner

Nedenfor fremgår den årlige pris for basispakken for hver af de 22 syddanske kommuner. Basispakken koster årligt 2,90 kr. per borger + 4.541,86 kr. (2022-tal).

Kommune	Indbyggertal *(jf. Danmarks Statistik)*	Pris (kr.)
Assens	40.972	123.360,66
Billund	26.631	81.771,76
Esbjerg	115.459	339.372,96
Fanø	3.427	14.480,16
Fredericia	51.606	154.199,26
Faaborg-Midtfyn	51.849	154.903,96
Haderslev	55.340	165.027,86
Kerteminde	24.034	74.240,46
Kolding	93.544	275.819,46
Langeland	12.316	40.258,26
Middelfart	39.603	119.390,56
Nordfyns	29.713	90.709,56
Nyborg	32.098	97.626,06
Odense	205.978	601.878,06
Svendborg	59.193	176.201,56
Sønderborg	73.711	218.303,76
Tønder	36.849	111.403,96
Varde	49.664	148.567,46
Vejen	42.596	128.070,26
Vejle	119.060	349.815,86
Ærø	6.025	22.014,36
Aabenraa	58.693	174.751,56

2022-pris beregnet ud fra indbyggertallet pr. 1. kvartal 2022.

Bilag 3: Baggrund for prisfastsættelse af rådgivningsydelserne

Nedenfor gennemgås baggrunden for prisfastsættelsen af de rådgivningsydelser, der leveres mod vederlag.

Timetakst

Prisen på rådgivningsydelserne er baseret på en fast timetakst for en hygiejnesygeplejerske. Timetaksten i aftalen er 504,64 kr. (2022-tal), hvilket bygger på:

- En gennemsnitlig årsløn inkl. pension og ferie for de hygiejnesygeplejersker, der arbejder med rådgivningen
- En effektiv timepris, dvs. at fravær af alle årsager (ferie, sygefravær, kursusdage mv.) fratrækkes årsværket inden beregning af timeprisen. Kommunerne bidrager derfor til at betale for sygehusenes samlede udgift til det personale, der er involveret i rådgivningen. Fra et årsværk på 1924 timer trækkes 577 timer, hvilket giver en effektivitet på 70 %
- Et overhead på 15 %

Basispakke

Basispakken koster 2,90 kr. per borger + 4.541,86 kr. (2022-tal). Prisen på 2,90 kr. per borger gælder for basisuddannelse, audits/hygiejnetilsyn og rådgivning. Prisen for rådgivningsydelsen "implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisationen" er ens for alle kommuner uanset indbyggertal og udgør 4.541,86 kr. Prisen følger timetaksten nævnt ovenfor og inkluderer overhead og transport. Bag udregningen af prisen for basispakken ligger følgende forudsætninger:

Opgave	Forudsætninger for prisfastsættelse
Basisuddannelse	• Kommunen har adgang til 1 kursusplads per år per 10.000 indbyggere • Kurset varer 2 arbejdsdage • Der er 2 undervisere på kurset, der hver bruger 2 dage til forberedelse af kurset • Der er gennemsnitligt 25 deltagere på et kursus • Udgifter til lokale og forplejning er indeholdt i prisen for basispakken og afholdes derfor af sygehuset • Kommunerne kan i mindre omfang tilkøbe ekstra kursuspladser. Prisen per deltager er 1.872,52 (2022-tal)
Implementering og vedligeholdelse af hygiejneorganisation	• 1 medarbejder fra sygehusenheden deltager på 2 årlige møder • Til hvert møde beregnes 1 times forberedelse og 1½ times transport
Audits/hygiejnetilsyn	• Kommunen har adgang til 1 audit per år per 10.000 indbyggere*, dog mindst én audit årligt per kommune • Der er to medarbejdere tilknyttet hver audit • Hver audit består af ½ dag til besøg (inkl. transporttid) og ½ dag til afrapportering
Rådgivning	• Det forventes, at kommunerne benytter rådgivningen ad hoc i et omfang, så sygehus-enhederne bruger 0,75 time per uge per 10.000 indbyggere**

** Ekstra audits kan tilkøbes jf. tabel 3 i den regionale rammeaftale.*

*** Sygehusenhederne fører ikke regnskab over den forbrugte tid. Der er tale om sygehusenes samlede forbrugte tid på rådgivningen (inkl. transport, forberedelse, involvering af mikrobiologer mv.) – ikke kun den tid, hvor en kommunal medarbejder er i konkret kontakt med sygehusenheden fx per telefon eller ved besøg på institutioner i kommunen.*

Hyldevarer

Prisfastsættelsen for hyldevarerne følger de samme forudsætninger, som gælder priserne i basispakken. Prisen for en audit er 7.468,82 kr. De øvrige hyldevarer afregnes efter en timetakst på 504,62 kr. per time som nævnt ovenfor (effektiv timepris inkl. overhead og transportudgifter) (2022-tal).

Antal audits og timetallet til de øvrige rådgivningsydelser besluttes ved indgåelse af aftalen.

Enkeltstående konsulentydelser

Ydelserne afregnes efter en fast timetakst på 1.606,03 kr. (inkl. overhead og transportudgifter) (2022-tal). Taksten er højere end den takst, der anvendes i basispakken og hyldevarerne, idet ydelserne er enkeltstående og der- for udfordrer sygehusenes kapacitet til rådgivningsopgaven.

Timetallet til rådgivningsydelserne besluttes ved indgåelse af aftalen.

KLADDE

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/ Følgegruppe: **Forebyggelse**
Journal nr.:
Udarbejdet af: Stine Bjerregaard
E-mail:
Telefon:

Dato: 24-05-2022

BILAG 1

Præsentation af resultater vedr. undersøgelse af henvisninger til kommunale rygestopforløb

Der er modtaget registreringer fra alle 22 kommuner i Syddanmark. Indsamlingsperioden varierer minimalt mellem hver kommune, men overordnet set er det fra 15. oktober 2021 til 20. april 2022. Størstedelen af kommunerne har anvendt fremsendte registreringsskema, mens enkelte har anvendt et lokalt tilpasset skema eller blot brugt data tilgængelig i egen omsorgsjournal. Derfor varierer registreringerne, og der forekommer mindre uoverensstemmelser i data. Det betyder også, at ikke alle kommuner har identificeret den enkelte henvisning fra modtagelse, til kontakt, til svar. Derfor er det denne gang ikke muligt at se på den samlede kobling mellem kontaktform og borgerens svar til rygestopforløb. Det vurderes ikke længere væsentlig, da alle kommuner fraset to, kontakter borgerne telefonisk som første valg. E-boks bliver anvendt, hvis der ikke kan opnås kontakt til borgerne telefonisk, eller hvis borgerens telefonnummer ikke fremgår af henvisningen.

I indsamlingsperioden har de syddanske kommuner modtaget 2196 henvisninger:

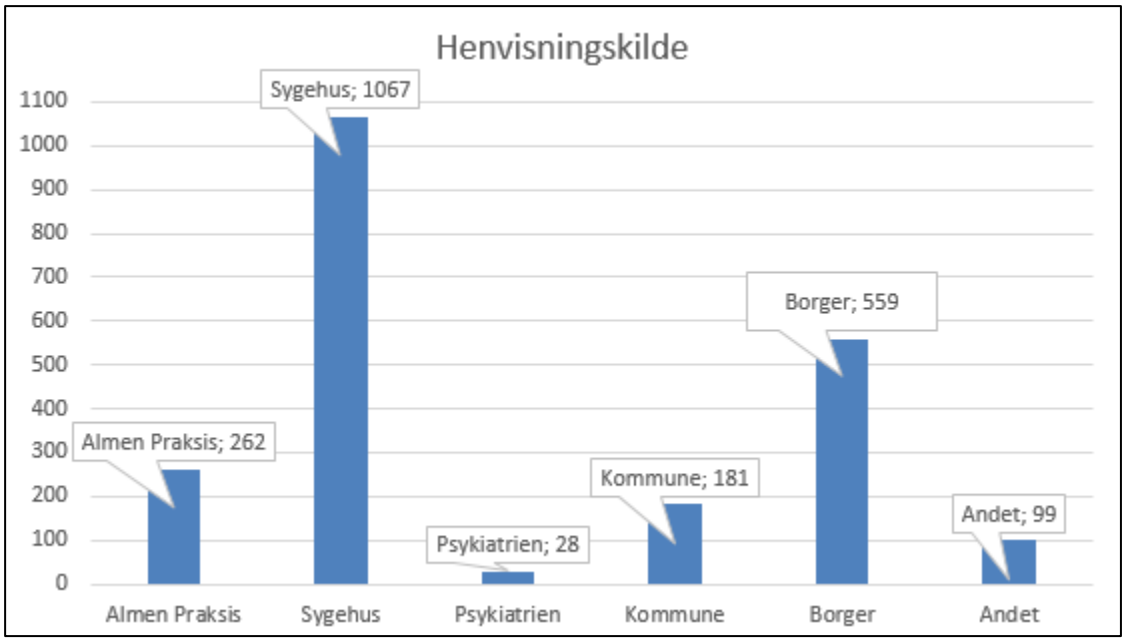
Henvisninger	Henvisningskilde						Telefonisk kontakt (opkald el. sms)	Via e-boks	Ja tak til forløb	Nej tak, er/vil selv stoppe	Ingen kontakt
	AP	Somatisk sygehus	Psykiatrien	Kommunal instans	Borger	Andet					
Antal	262	1067	28	181	559	99	1640	258	1473	298	275

Der er 75 %, der kontaktes telefonisk, mens 12 % kontaktes via e-boks[1]. Der er ikke opnået kontakt med 13 %.[2]

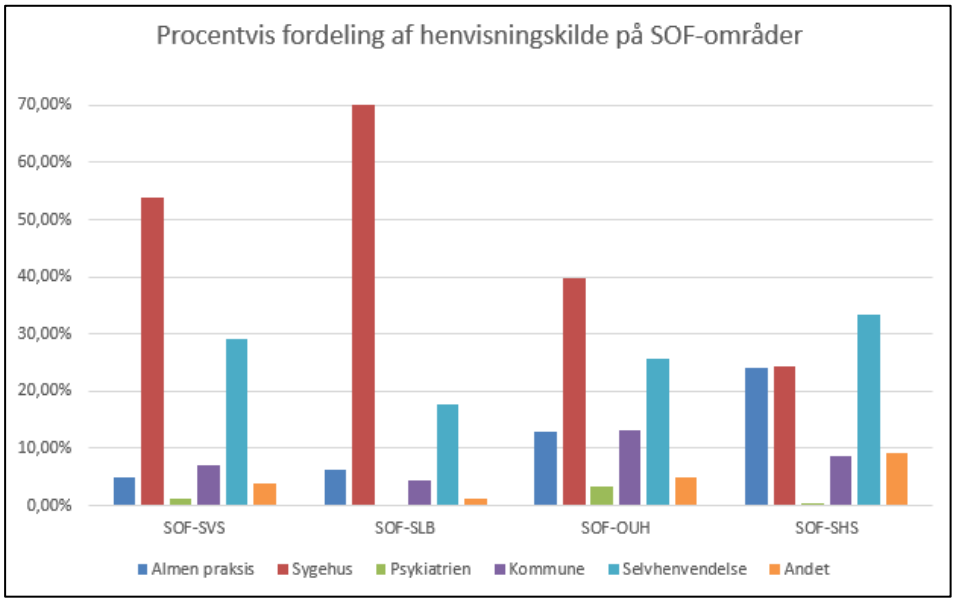
67 % af de borgere, der henvises takker ja til et rygestopforløb i kommunen, mens 14 % takker nej enten fordi de ikke vil stoppe eller fordi de selv vil forsøge at stoppe eller reducere deres forbrug.

[1] For en uvis andel heri, gælder det, at de er kontaktet pr. telefon først.
[2] Oftest vil kommunen have forsøgt at ringe først, og dernæst sende brev via e-boks.

Nedenfor vises diagram over antal henvisninger fordelt på afsender:



Nedenfor ses den procentvise fordeling af henvisningskilder opdelt på SOF-områderne i Syddanmark:

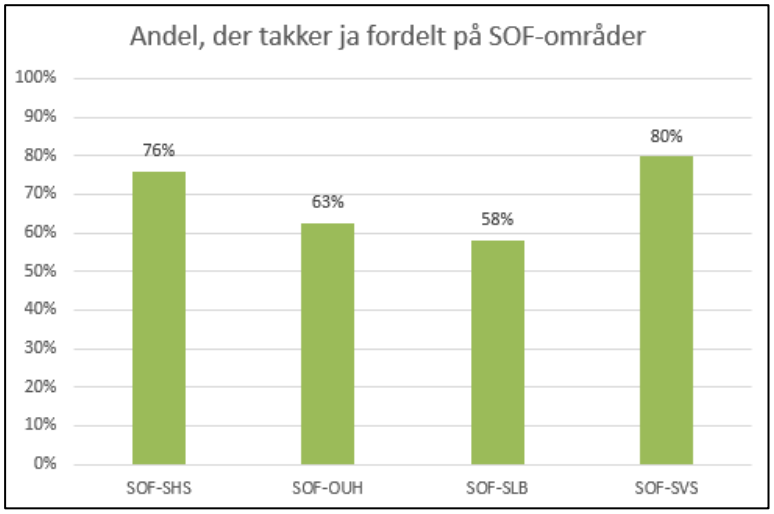


Fordelingen er overvejende ens. Kommunerne i SOF-SHS området modtager en større andel henvisninger fra almen praksis end de resterende SOF-områder. Dette kan forklares ved et sideløbende projekt om VBA-henvisninger i udvalgte praksisklinikker i Sønderjylland i perioden august 2021 til februar 2022.[3] Kommunerne i SOF-OUH området modtager flest henvisninger fra psykiatrien. Det kan bl.a. skyldes at Ærø Kommune har deltaget i et satspulje projekt om øget fokus herpå. Henvisninger fra psykiatri til Ærø Kommune udgør en ¼ del af data i SOF-OUH området.

[3] I projekt-klinikkerne blev der sendt 102 henvisninger sammenlignet med de andre klinikkers 52 stk. Af de 102 henviste takkede 79 borgere ja tak til et rygestopforløb (*resultaterne er foreløbige, da den endelige evaluering af projektet ikke foreligger*).

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Set over hele regionen er der 67 % der takker ja til et rygestopforløb ud af de fremsendte henvisninger. Hvis dette opgøres på SOF-områderne, varierer andelen på områderne. Se diagram nedenfor. Sammenligningen af SOF-områder bør være med forbehold grundet kommunernes forskelligheder.



Henvisninger fra Psykiatrien
Kommunerne har modtaget i alt 28 henvisninger fra Psykiatrien. Heraf har 71 % sagt ja tak til at deltage i et rygestopforløb.

Henvisninger fra de somatiske sygehuse
Syv af de 22 kommuner har fremsendt data, hvor henvisningen ikke kan spores. Følgende procentsats på henvisningerne fra de somatiske sygehuse, baseres derfor kun på registreringer fra 15 kommuner. Disse kommuner har modtaget 578 henvisninger fra somatiske sygehuse, hvoraf 58 % har sagt ja tak til et rygestopforløb. 23% har sagt nej tak, mens der ikke opnås kontakt med 14 %.

Henvisninger fra almen praksis
Følgende opgørelse for almen praksis er på samme 15 kommuner. Dog har tre af de kommuner ikke modtaget henvisninger fra almen praksis. De resterende kommuner har modtaget 186 henvisninger fra almen praksis, hvoraf 69 % har takket ja til et rygestopforløb. 16 % har takket nej, mens der ikke opnås kontakt med 13 %. De sønderjyske kommuner modtager 47 % af de henvisninger, der er sendt fra almen praksis, og derfor vurderes det, at projektet med øget fokus på VBA i praksis klinikker har stor indflydelse på resultaterne i nærværende undersøgelse.