



# Præsentation af Samarbejdsaftaleanalyse

*Personalemøde for Social og Sundhed - Torsdag d. 12. januar 2023*

*Præsenteres af: Analysekonsulent Anne Lundqvist*

Varde  
Kommune



# Introduktion til analysen

## Baggrund for analysen:

- Der opleves et stort pres på de sundhedsrelaterede opgaver i Varde Kommune. Dette skyldes til dels den demografiske udvikling, men også stigningen i aftalte opgaver fra Regionen, som overdrages/aftales mellem sygehus og kommunerne i såkaldte samarbejdsaftaler.
- Det er fagforvaltningens oplevelse, at en del af samarbejdsaftalerne er udgiftsdrivende for Varde Kommune og at der ikke i nødvendigt omfang udarbejdes aftaler vedr. økonomiske forhold.

## Analysens formål:

- Analysen har til hensigt at afdække aftalesystemet og samarbejdsaftaler mellem kommune, region og de praktiserende læger.
- Samt angive handlemuligheder for Varde Kommune i forhold til den fremadrettede økonomiske styring.

## Analysens indhold

- Overblik over samarbejdsaftaler i Region Syddanmark
- Overblik over godkendelsesproceduren i Region Syddanmark
- Tværkommunal sammenligning af IV-aftalen
- Dybdegående analyse af udvalgte samarbejdsaftaler
- Forvaltningens vurderinger og anbefalinger



# Overblik over samarbejdsaftalerne

## Samarbejdsaftaler

- Der er **40 aftaler** i alt i Region Syddanmark *(pr. 1. juli 2022)*
- Samarbejdsaftalerne er gennemgået med over 20 forskellige personer i organisationen.

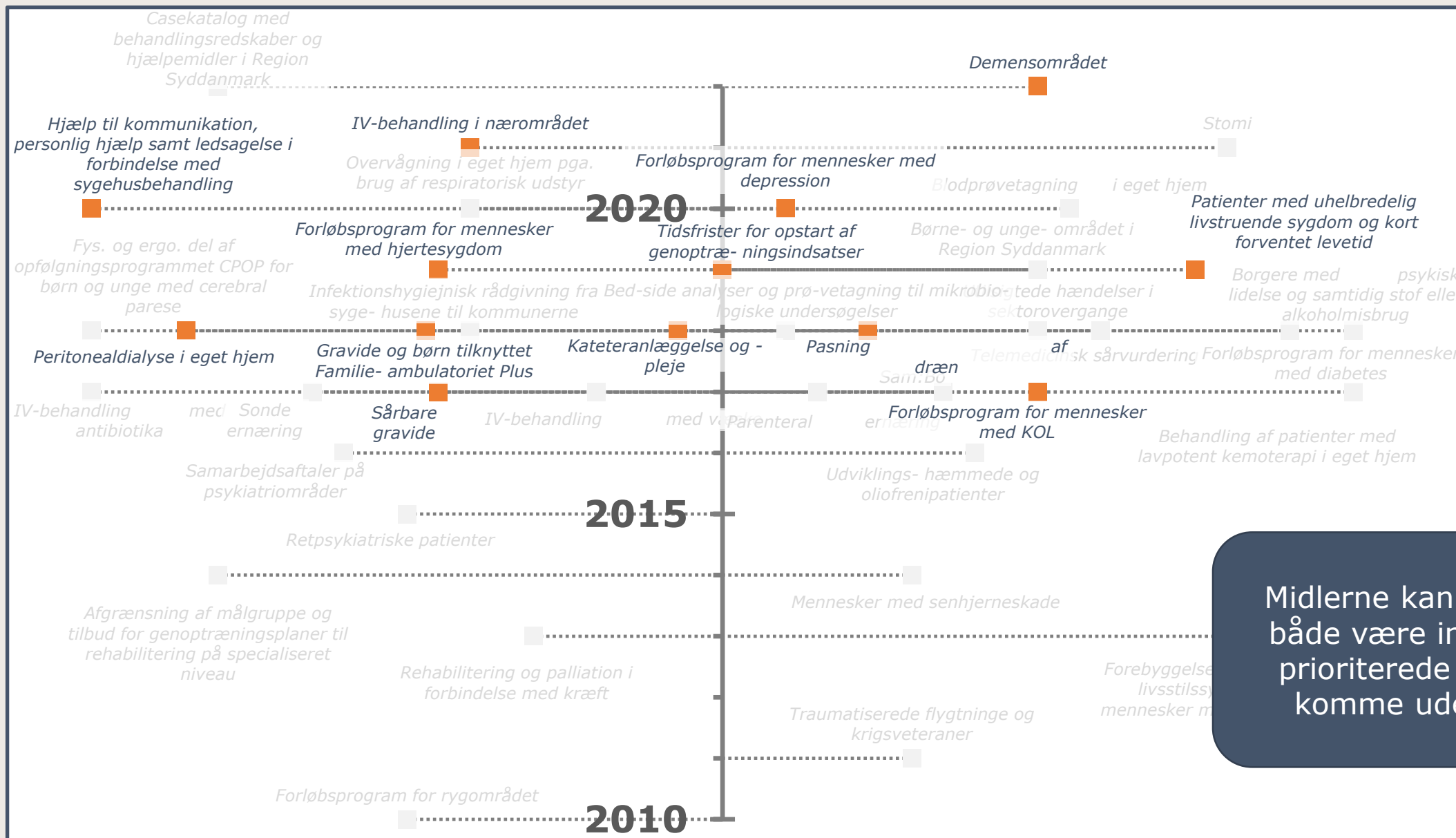




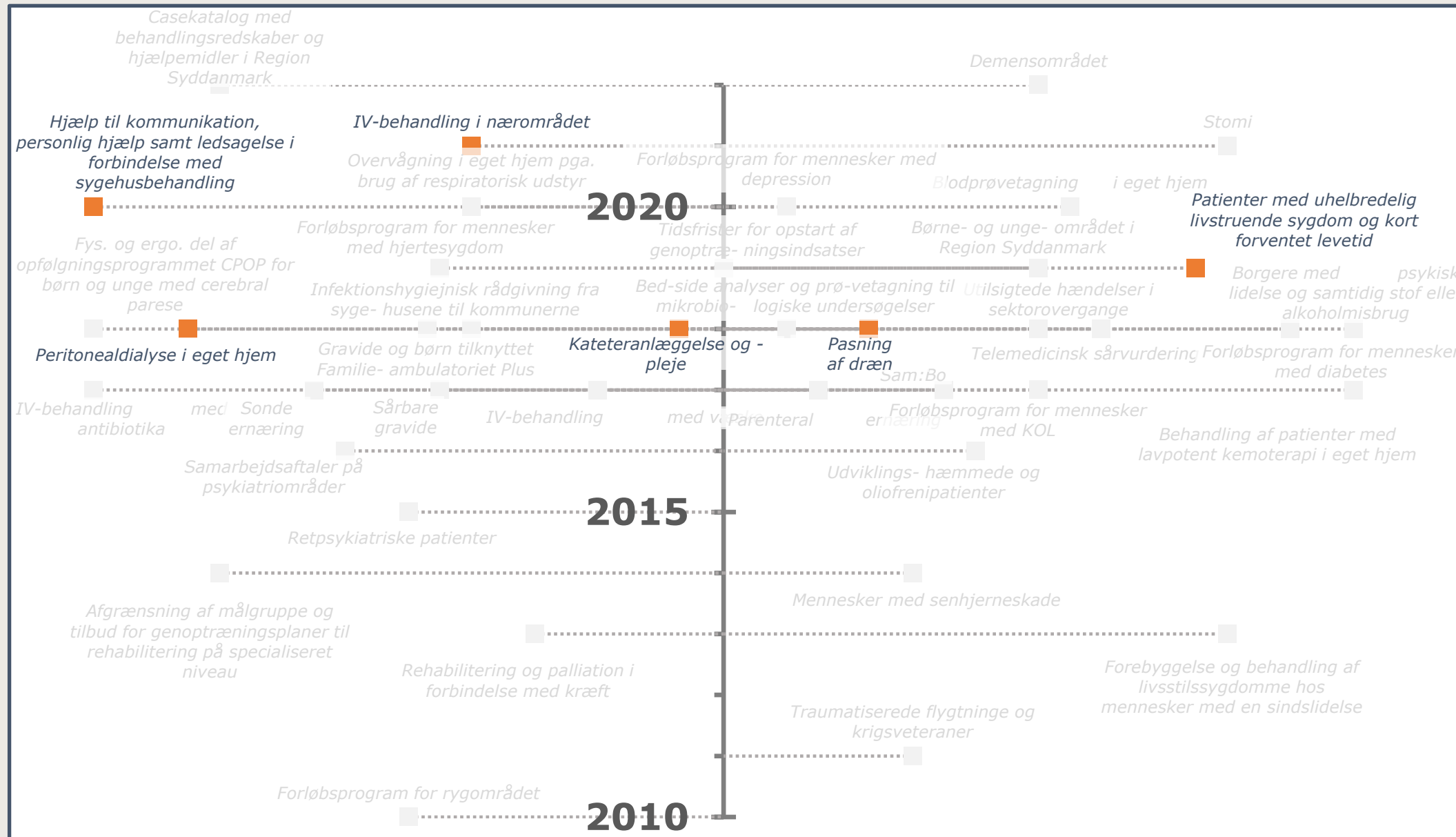


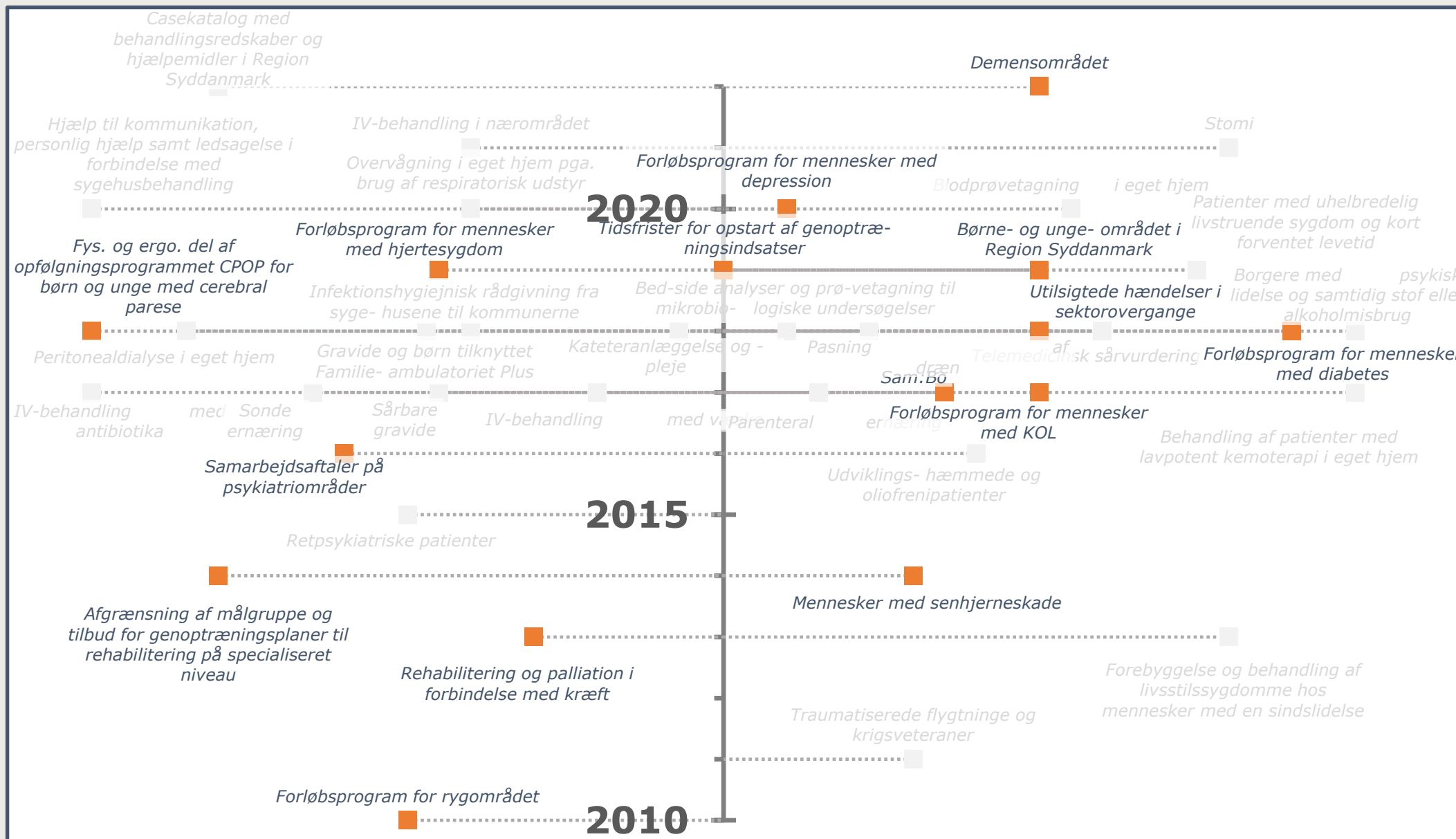
# Samarbejdsaftaler

## Hvor der er økonomiske midler forbundet med samarbejdsaftalen (13)



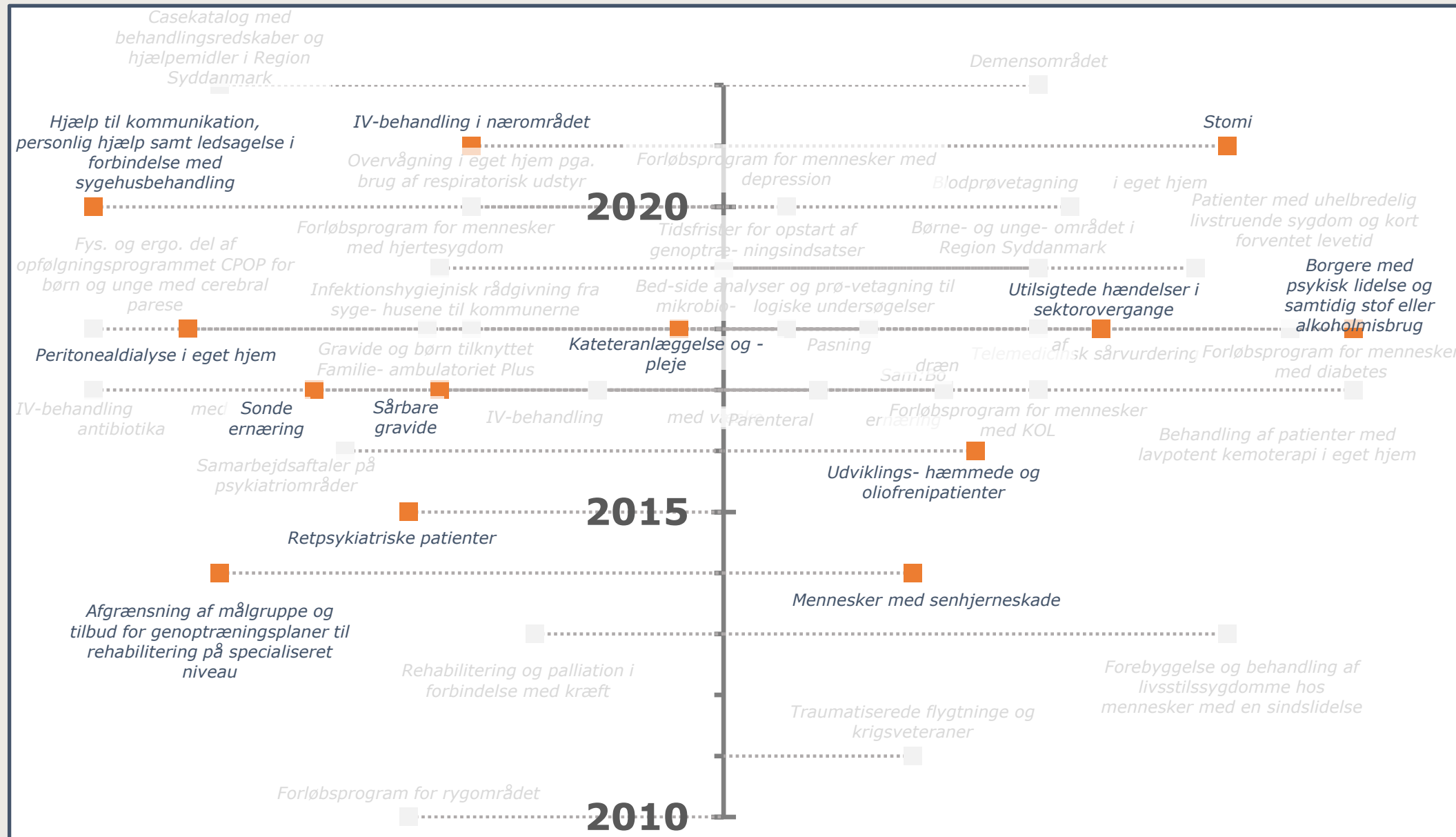
Midlerne kan være både være internt prioriterede eller komme udefra

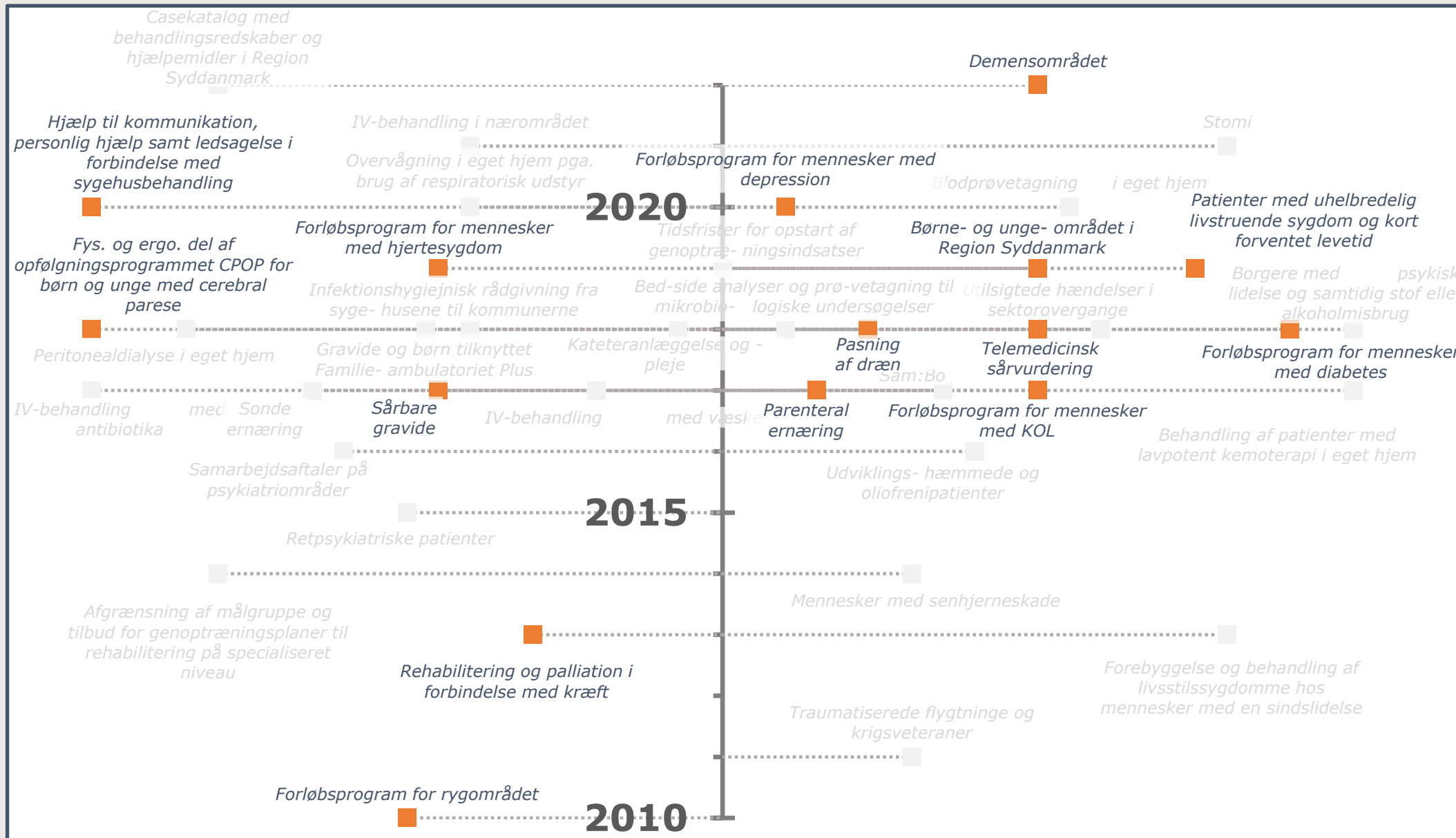


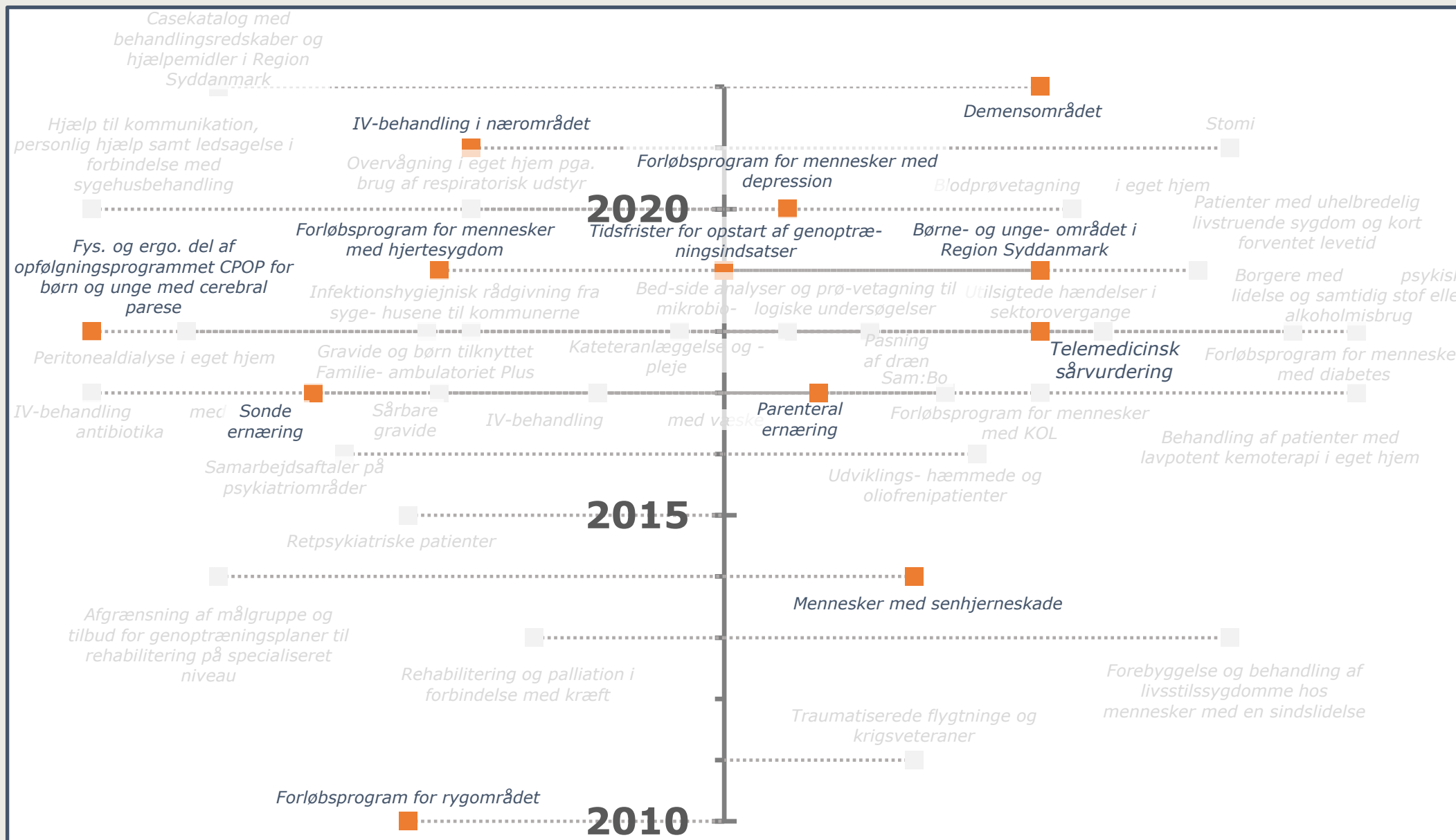


# Samarbejdsaftaler

## Hvor Varde Kommune udførte opgaven/opgaverne i forvejen (13)







## Observationer omkring overblikket over samarbejdsaftalerne

- Aftalerne er fordelt over mange fagområder
- Aftalerne er gode for borgerne
- Der er få aftaler, hvor kommunerne bliver økonomisk kompenseret for den opgaveoverdragelse der sker.
- I region syd er der ikke et samlet overblik over hvilke kommuner der er med i hver aftale.
- At mange af samarbejdsaftalerne med opgaveoverdragelse ligger ved sygeplejen.



# Overblik over godkendelses procedurer



## Sundhedsaftalen

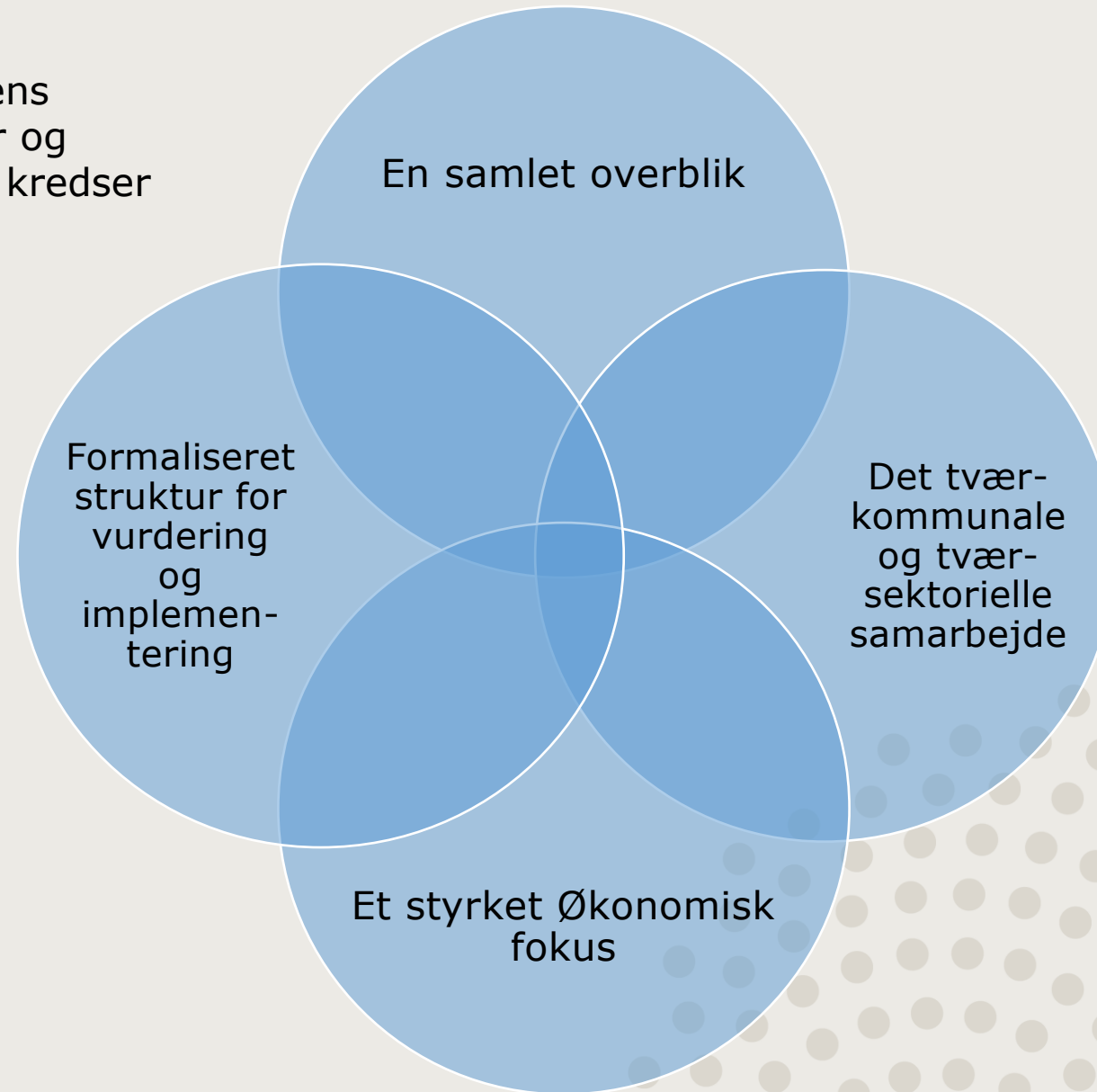
- Samarbejdsaftalerne udspringer af Sundhedsaftalen.
- Sundhedsaftalen godkendes politisk, hvor der sættes en retning for hvilke områder og emner man ønsker at have et specielt fokus på, samt hvilke målsætninger man har for den næste periode.
- Sundhedsaftalen indeholder dog ikke konkrete løsninger. Der er derfor svært at beregne de forventede omkostninger for kommunerne, der opstår afledt af Sundhedsaftalen.
- Det betyder at når en ny samarbejdsaftale skal udarbejdes er forhandlingsgrundlaget for kommunerne svært, da de allerede har indgået en delaftale, ved at have indgået Sundhedsaftalen, hvor kommunerne har forpligtiget sig.

## Observationer om godkendelsesproceduren

- Der er en omstændig organisering omkring aftalerne med mange niveauer.
  - Det gør arbejdet med aftalerne tungt ressourcemæssigt.
  - Det tager lang tid at udarbejde en ny aftale/revidere en gammel aftale.
- Fordi aftalerne favner bredt, kan alle kommuner ikke være repræsenteret i alle følgegrupper.
  - Det svækker den enkelte kommunes mulighed for at have indflydelse på aftalerne.
- Varde Kommune er repræsenteret i mange grupper, men der opleves stadig at der ikke opnås den indflydelse vi ønsker på økonomi i en ny aftale.
- I arbejdsgrupperne, som udarbejder/revidere samarbejdsaftaler, sidder der kun fagpersoner, og ikke personer med fokus på økonomien.
  - Idéen var at bruge kompetencerne grupperne, men i praksis har samarbejdet mellem kompetencegrupperne og følgegrupperne/arbejdsgrupperne ikke fungeret optimalt.
- Kommunernes mulighed for forhandling i udarbejdelse af nye samarbejdsaftaler er svækket ved at de allerede har indgået delaftaler ved at indgå i Sundhedsaftalen.

# Anbefalinger

Styregruppens  
anbefalinger og  
vurderinger kredser  
om  
4 temaer



## Et samlet overblik

- En højere grad af transparens
- Et blik for de samlede konsekvenser i sundhedsaftale samarbejdet på tværs af direktørområderne internt i kommunen

## Et styrket Økonomisk Fokus

- I både udviklingsarbejdet sammen med regionen og i den lokale implementering. Nu med større inddragelse af Økonomiafdelingen.
- Konsekvensvurdering af hver aftale der kommer (ikke alle aftaler har økonomiske konsekvenser)

## **Et styrket tværgående fokus internt i kommunen**

- Stærkere fokus på beslutningsprocedurerne for de aftaler der går på tværs af direktørområder

## **Forberedelse og forståelse for det tværsektorielle samarbejde i de nye klyngesamarbejder**

- Ikke nye og overraskende fund, men et materiale at tale ud fra og tale om
- Økonomi vs. Faglighed. Kommunerne står fagligt stærke, men ikke økonomisk
- Godkendelsesprocedurer – regionspolitik vs. lokalpolitik
- Fortsat fokus på opgaverne der kommer sideløbende med / udenom samarbejdsaftalerne

Forvaltningen anbefaler,

**At** Sundhedsafdelingen varetager opgaven med at oprette og vedligeholde et samlet overblik over samtlige samarbejdsaftaler, og at aktuelle fagområder bidrager med en vurdering af relevans, aktører og implementeringsstruktur på hver enkelt aftale, mens Økonomi bidrager med økonomiske konsekvensvurdering på hver enkelt aftale,

**At** analysen fortsat præsenteres ved relevante lejligheder i tværkommunale og tværsektorielle samarbejde, og desuden bringes i spil ved forberedelse af møder i klyngesamarbejdet,

**At** Økonomiafdelingen deltager i det regionale-kommunale udviklingsarbejde, når det vurderes relevant, og

**At** aftaler der har tværgående karakter, vurderes i direktionen med henblik på afklaring af videre proces, samt

**At** direktionen opdateres årligt med en status.

## Vores udfordringer

Vi ser ind i en fremtid, hvor vi bliver flere ældre, hvor flere borgere lever med kroniske sygdomme, og hvor flere borgere har psykiske lidelser. Samtidig ser vi ind i en fremtid, hvor vi kommer til at mangle hænder. Udfordringerne kræver nytænkning og udvikling af sundhedsvæsenet. Fremtidens sundhedsvæsen skal basere sig på det, der giver størst værdi for borgerne. Det er ofte mindre indgribende tiltag, end vi er vant til i dag. F.eks. skal der være langt mere fokus på tidlig opsporing, forebyggelse, træning og egenomsorg. Samarbejdet og koordinationen i sundhedsvæsenet skal styrkes, og flere digitale og teknologiske løsninger skal sikre tilgængelighed og nærhed for borgerne og samtidig understøtte borgerne i egenomsorg. Der er en fælles opgave i at sikre rekruttering af arbejdskraft til fremtidens sundhedsvæsen.

Vi har aktuelt en udfordring med, at flere og flere børn og unge mistrives. Særligt i forbindelse med covid-19 nedlukningerne har flere oplevet ensomhed og der ses fortsat en stigning i mistrivlsen. Derudover oplever mange også et pres over at skulle præstere i forbindelse med deres uddannelse, hvilket resulterer i, at færre gennemfører en ungdomsuddannelse.

Endvidere er der også de velkendte udfordringer på sundhedsområdet, som vi har stået over for i mange år, herunder ulighed i sundhed. Til trods for, at der er gjort et stort stykke arbejde, er der stadig borgere, som oplever forebyggelige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Vi ser endvidere stadig en betydelig ulighed i sundhed og mange borgere, der oplever usammenhængende forløb på tværs af sektorerne.

Fremadrettet skal samarbejdet mellem kommuner, region og almen praksis i endnu højere grad have fokus på, at opgaver omlægges, hvilket betyder at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgeren og ind i borgers eget hjem. Derudover kommer nye behandlingsformer og ny teknologi også til at stille krav til det fremtidige samarbejde og udfordre det nuværende.

Derfor er det nødvendigt at vi i fællesskab gentænker samarbejdet og vores fælles opgaver ud fra de udfordringer vi ser ind i, så borgerne oplever det bedst mulige sundhedsvæsen både lokalt og på tværs af sektorerne.

## Visioner

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuners sundhedsaftale er bygget op omkring de politiske visioner, grundprincipper og målsætninger, som vi har valgt at prioritere. De tydeliggør den overordnede ramme for det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde, og hvad vi har forpligtet os selv og hinanden på i aftaleperioden januar 2024 til juni 2027. Prioriteringen i denne sundhedsaftaleperiode tager sit udspring i det udfordringsbillede, vi står overfor og fokus sættes der, hvor vi kan skabe mest værdi for borgeren.

## Politiske visioner for Sundhedsaftalen 2024-2027

Sundhedssamarbejdsudvalget har en overordnet vision om at skabe mere lighed i sundhed for hele den syddanske befolkning. Derudover har udvalget besluttet, at der er fire øvrige visioner i Sundhedsaftalen 2024-2027:

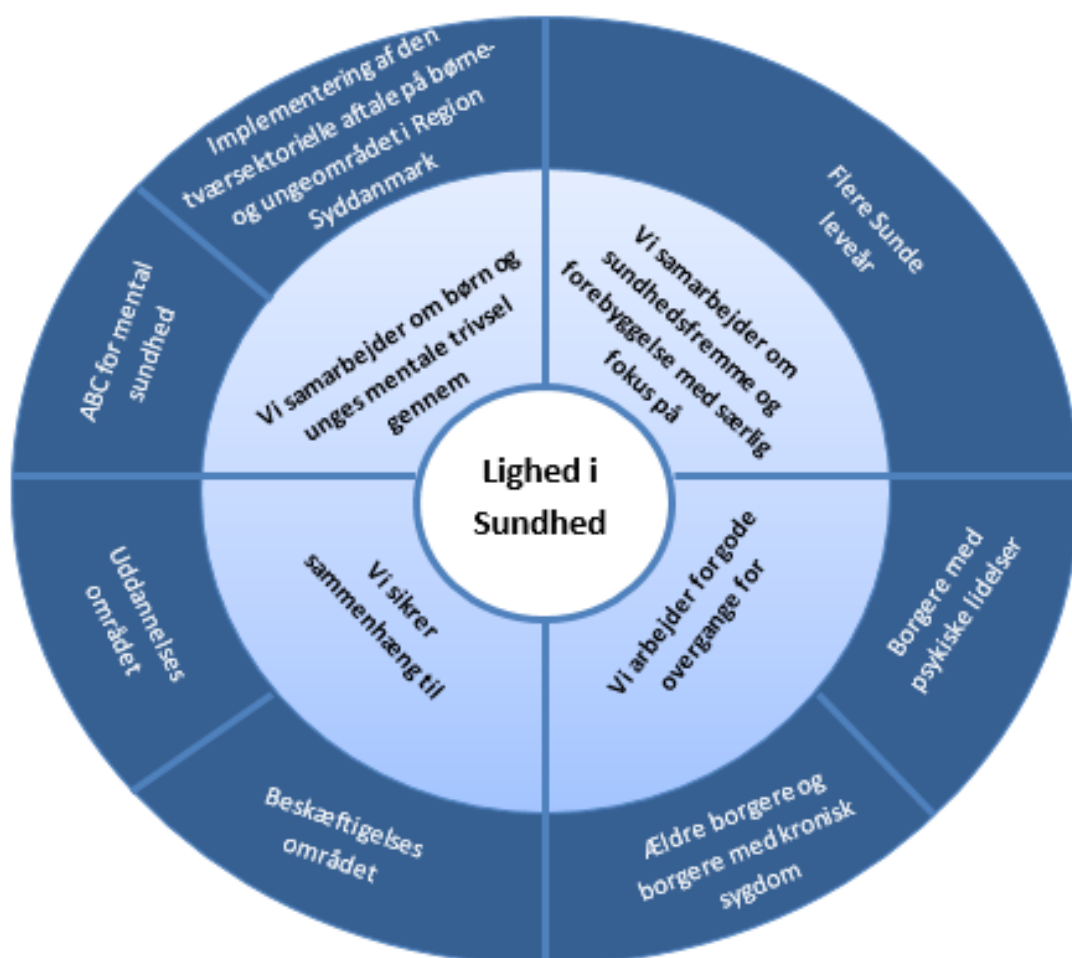
- Vi samarbejder om børn og unges trivsel
- Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse
- Vi arbejder for gode overgange
- Vi sikrer sammenhæng

Sundhedsaftalen afspejler det fælles populationsansvar i regionen som helhed og i de lokale sundhedsklynger. Derudover reflekterer sundhedsaftalens indhold, at vi i fællesskab skal fortsætte med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.



Visioner, fokusområder og grundprincipperne for det tværgående samarbejde i den kommende sundhedsaftale er skitseret nedenfor, og somatik og psykiatri er ligestillet i alle visioner og fokusområder

### Alternativ A

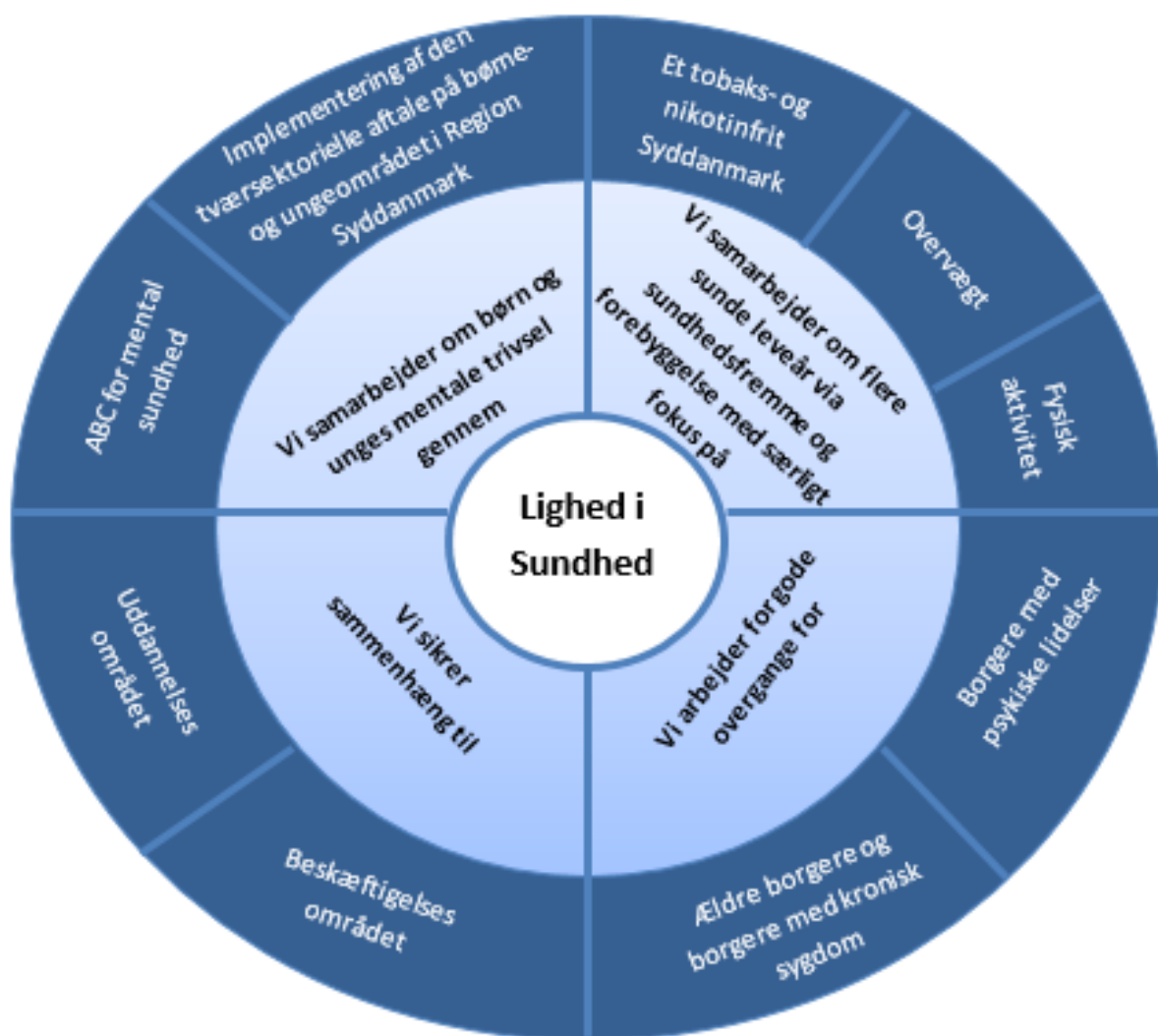


#### Grundprincipperne:

- Vi skaber et samlet sundhedsvæsen
- Vi udbreder de gode løsninger
- Vi styrker det digitale sundhedsvæsen
- Vi skaber let tilgængelighed for borgeren
- Vi bringer borgerens evner i spil
- Vi skaber mere fælles viden

Bemærk: figurens design er fortsat under udarbejdelse. Figuren læses fra center mod periferi.

## Alternativ B



### Grundprincipperne:

- Vi skaber et samlet sundhedsvæsen
- Vi udbreder de gode løsninger
- Vi styrker det digitale sundhedsvæsen
- Vi skaber let tilgængelighed for borgeren
- Vi bringer borgerens evner i spil
- Vi skaber mere fælles viden

Bemærk: figurens design er fortsat under udarbejdelse. Figuren læses fra center mod periferi.

### Vi samarbejder om at fremme lighed i sundhed

Betegnelsen ulighed i sundhed dækker over det forhold, at levevilkår, sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet: Jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set. Eksempelvis er overlevelsen af kræft højere blandt borgere med høj uddannelse og indkomst end blandt borgere, der ikke er i beskæftigelse eller har en lav indkomst. Tilsvarende benytter borgere med lav uddannelse sig i mindre grad af sundhedsvæsnets tilbud om screeninger, vaccinationer, lægebesøg mv. Hvilket igen giver risiko for mere komplekse sygdomsforløb.

Lighed i sundhed er det helt centrale udgangspunkt for det tværsektorielle samarbejde og udgør derfor cirkelns kerne. Ambitionen i denne sundhedsaftale er, at overvejelser om hvordan der kan skabes mere lighed i sundhed, konsekvent skal indgå som led i processen, når initiativer udtænkes og søsættes.

Vi skal derfor sammen gøre mere for at forebygge ulighed i sundhed ved at sætte ind i forhold til sundhedsadfærden. Sociale forskelle i livsstil, f.eks. brug af tobak, kan forklare en stor del af uligheden i dødelighed, hvorfor forebyggelse af f.eks. opstart på snus eller rygning er et væsentligt fokusområde.

Vi skal undersøge, om det er muligt at fokusere yderligere på at fremme lighed i sundhed i de tværsektorielle indsatser, vi allerede har sat i gang. For at skabe lighed i sundhed er det vigtigt, at der gøres plads til differentiering og prioritering. Lighed opnås ikke nødvendigvis gennem et ensartet tilbud til alle patienter i f.eks. en diagnosegruppe. For at skabe lighed i sundhed er der i stedet behov for at tilpasse indsatserne, så de tager udgangspunkt i borgernes og patienternes forudsætninger for at tage hånd om egen sundhed og sygdom.

### **De fire øvrige visioner:**

De fire visioner for den kommende sundhedsaftale er placeret i første ring omkring cirkelens centrum, hvorefter de primære fokusområder tilknyttet hver enkelt vision følger:

### **Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel gennem:**

- ABC for mental sundhed
- Implementering af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark – forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge

### **Alternativ A: Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:**

- Flere sunde leveår

### **Alternativ B: Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:**

- At forebygge og nedbringe anvendelsen af tobaks- og nikotinprodukter
- At forebygge overvægt
- At fremme fysisk aktivitet

### **Vi arbejder for gode overgange for:**

- Borgere med psykiske lidelser
- Ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

### **Vi sikrer sammenhæng til:**

- Beskæftigelsesområdet
- Uddannelsesområdet

Nedenfor uddybes og udbygges visionsområderne med indsnævring af fokus for det enkelte område.

### **Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel**

Mental sundhed har afgørende betydning for vores helbred og sundhed, på både kort og lang sigt, og på vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt, og dermed på vores evne til at bidrage på positiv vis til samfundet.

Sundhedsprofilen for 2021 viser, at andelen af unge (16-24 år), som har et dårligt mentalt helbred, i perioden 2010-2021 er steget fra 16% til 35% for kvinder og fra 8% til 20% for mænd.

Der findes ikke et entydigt svar på, hvorfor flere børn og unge mistrives. Statens Institut for Folkesundhed peger i en rapport fra 2021 på en række forskellige årsager. Først og fremmest er vi blevet bedre til at opspore og diagnosticere børn og unge med psykisk sygdom, ligesom det er blevet mindre tabuiseret at tale om psykisk sygdom og mistrivsel.

Kulturelle normer og værdier relateret til præstationssamfundet, så som jagten på topkarakterer og den perfekte krop, spiller også en central rolle. Det samme gør en række individuelle faktorer som eksempelvis søvn og overvægt. Endelig betyder sociale faktorer som mobning, ensomhed og relationen mellem barnet/den unge og forældrene også meget for den mentale trivsel.

Tidlig opsporing er en meget vigtig forudsætning for at kunne styrke identificeringen af børn og unge i mistrivsel og derfor også identificeringen af behovet for støtte. Forebyggende indsatser har til formål at tage de forskellige problematikker i opløbet og hermed undgå, at tilstanden forværres og kræver mere indgribende indsatser. Ved et solidt forebyggelsesarbejde kan vi således også imødegå det stigende antal henvisninger til børn- og ungepsykiatrien.

Som en del af det tværsektorielle samarbejde mellem de syddanske kommuner, Region Syddanmark og almen praksis, har vi indgået flere aftaler og tiltag som blandt andet skal bidrage til at sikre samarbejdet om børn og unges trivsel. Vi ønsker at øge det tværsektorielle samarbejde om børn og unges trivsel gennem ABC for mental sundhed og gennem implementering og udbredelse af Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark – forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge.

### **Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel gennem ABC for mental sundhed**

Visionen for ABC for mental sundhed er at øge borgernes mentale sundhed.

Tre budskaber danner grundlaget for ABC for mental sundhed: "Gør noget aktivt, gør noget sammen, gør noget meningsfuldt".

Mental sundhed er alt det, der gør livet værd at leve. Det er vigtigt, at vores krop fungerer, men det er mindst lige så vigtigt, at vi trives og har det godt. Gennem aktivitet, fællesskab og meningsfuldhed kan vi forbedre og styrke vores mentale sundhed.

Mental sundhed handler om at finde ud af, hvad der giver livet mening, glæde og værdi. ABC for mental sundhed er en nytænkende indsats, der udfordrer det eksisterende fokus på risikogrupper og særligt udsatte – for mental sundhed er essentielt for os alle. ABC for mental sundhed er den første forskningsbaserede indsats, der retter sig mod hele befolkningen, og den giver et nyt, positivt og handlingsorienteret fokus på mental sundhed, så det også omfatter alt det, der fremmer trivsel og styrker os som mennesker.

Region Syddanmark og de syddanske kommuner er i Sundhedsaftaleperioden 2019-23 blevet partnere i partnerskabet ABC for mental sundhed. I den indeværende periode arbejdes der videre med tiltag i regi af partnerskabsrammen.

### **Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel via implementering af den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet**

Vi har i januar 2019 vedtaget en tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet. Aftalen drejer sig om forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge.

Aftalen vedrører alle børn og unge i alderen 0-17 år, som er i risiko for at mistrives eller allerede har tegn på mental mistrivsel. Aftalen blev udarbejdet af en bred tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, hvor også forældre og børn fra målgruppen var inddraget. Gennem arbejdet blev der identificeret en række udfordringer, som aftalen har til formål at imødegå. Det handler om at være mere opmærksom på forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel blandt børn og unge i deres nærmiljøer. Det handler også om at sikre en systematisk kommunikation mellem almen praksis, sygehuse og kommuner på børn- og ungeområdet. Endelig handler aftalen om at skabe overblik over hvilke forebyggelsestilbud, der findes på området og at sikre samarbejde og koordinering på tværs af sektorer.

I samarbejdsaftalen har vi også formuleret syv faglige forpligtelser, som vi er enige om at arbejde på at indfri. Det drejer sig om skærpet opmærksomhed i forhold til underretninger, fravær i skole- og dagtilbud, fokus på børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom samt børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fokus på netværksmøder, fokus på tovholderrollen og systematiseret kommunikation på børn- og ungeområdet.

Arbejdet med at implementere samarbejdsaftalen er i gang og i indeværende sundhedsaftaleperiode arbejdes der målrettet på at sikre, at alle relevante parter efterlever indholdet samt at de syv faglige forpligtelser indfries.

### **Alternativ A: Vi samarbejder om sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:**

Sundhedsfremme og forebyggelse er et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i sundhedsfremme og forebyggelse og skabe flere sunde leveår for de syddanske borgere. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, så borgerne undgår, at sygdom opstår eller forværres.

#### **Flere sunde leveår**

De otte nationale mål for sundhedsvæsenet har til formål at sikre, at alle aktører – sygehuse, kommuner og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet. Et af de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet omhandler flere sunde leveår.

Sundhedsfremme og forebyggelse er en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og for at flere borgere kan få flere gode leveår. Vi vil sammen sætte fokus på at syddanskerne får flere sunde leveår ved f.eks. at nedbringe anvendelse af tobak- og nikotinprodukter og alkohol samt sætte fokus på motion og mental trivsel via forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Vi vil have et særligt fokus på at skabe flere gode, sunde og aktive leveår hos den ældre del af befolkningen. Det gør vi ved i fællesskab, at indgå i forskellige typer af samarbejder, forsknings- og/eller sundhedsinnovations projekter, samt understøtte udviklingen og implementeringen af data og evidensbaserede forebyggelseskoncepter.

### **Alternativ B: Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse**

Sundhedsfremme og forebyggelse er et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i sundhedsfremme og forebyggelse og skabe flere sunde leveår for de syddanske borgere.

Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, så borgerne undgår, at sygdom opstår eller forværres.

Den Syddanske sundhedsprofil for 2021 viser, at der er behov for et særligt fokus på et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark og på at sikre flere sunde leveår. Dette afspejles blandt andet i, at andelen af mennesker med overvægt, mennesker som mistrives og mens andelen af rygere er reduceret, er andelen af mennesker, som anvender tobakslignende produkter, fortsat stigende.

### **Vi har særligt fokus på et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark**

Der udvikles løbende nye produkter, som dels fastholder et tobaks- og nikotinforbrug hos borgere, der ryger eller har røget, dels starter et forbrug af tobaks- og nikotinprodukter hos borgere, der aldrig har røget, er der behov for at sætte fokus på hele tobaks- og nikotinområdet. Tal fra Sundhedsprofilen 2021 viser, at mens andelen af rygere er faldende, er andelen af borgere, der anvender øvrige tobaks- og nikotinprodukter stigende. Vi ved, at tobaks- og nikotinprodukter er årsag til mange forskellige livsstilssygdomme. Der ligger derfor et stort sundhedsfremmende potentiale i at forebygge og nedbringe anvendelsen af disse produkter.

### **Vi har særligt fokus på at forebygge overvægt**

Overvægt har både fysiske og psykiske konsekvenser for den enkelt. Tal fra den Nationale Børnedatabase viser, at overvægt og svær overvægt blandt børn og unge i Syddanmark er et stigende problem, mens tal fra Sundhedsprofilen 2021 viser, at antallet af syddanskere, som er moderat eller svært overvægtige, er steget. Det kræver en bred, tidlig indsats målrettet både børn og unge og deres familier med fokus på den egentlige årsag til overvægten. Vi vil derfor arbejde for, at færre børn, unge og voksne bliver overvægtige.

### **Vi har særligt fokus på at fremme fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet fremmer vores mentale sundhed og følelsen af velvære samtidig med at det mindsker risikoen for en lang række sygdomme og tilstande, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, flere former for kræft og for tidlig død. Andelen af borgere, der lever op til WHO's anbefalinger om minimumskrav til fysisk aktivitet på 150 min. om ugen, er på 42 %. Vi vil derfor samarbejde om at øge den fysiske aktivitet hos de syddanske borgere.

## **Vi arbejder for gode overgange**

Vi vil skabe mere sammenhæng, nærhed og kvalitet for borgerne i Syddanmark. Det gør vi ved at sikre bedre overgange for borgere med psykiatriske lidelser samt for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom.

### **Gode overgange for borgere med psykiatriske lidelser**

Antallet af syddanskere, som kæmper med psykiske lidelser, er fortsat stigende, og der er behov for, at denne gruppe af borgere får ekstra støtte til at blive raske eller leve med deres sygdom. Borgere med psykiske lidelser lever i gennemsnitligt 15 år kortere end borgere uden psykiske lidelser. Vi vil skabe gode overgange og forbedre livskvaliteten blandt borgere med psykiske lidelser.

### **Gode overgange for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom**

I Danmark er næsten 1,5 millioner borgere ramt af en eller flere kroniske sygdomme. Dertil kommer at vi lever længere og bliver flere ældre i samfundet. De ældre borgere har ofte også en eller flere kroniske sygdomme, stort forbrug af medicin og øget risiko for fald og dårlig ernæring.

Borgere med kroniske lidelser og ældre borgere indgår som regel i flere forskellige forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor de oplever at skulle navigere i et komplekst system. Vi vil arbejde for, at kompleksiteten håndteres af vores sundhedssystem og ikke af vores borgere, og vi vil tilpasse hjælpen ud fra den enkelte borgers forudsætninger.

### **Vi sikrer sammenhæng**

Vi vil sikre, at helhedsperspektivet er et fast udgangspunkt i alle patientforløb, sådan at alle borgere oplever en meningsfuld sammenhæng mellem deres sundhed og øvrige liv. Det er således væsentligt, at såvel tilknytning til arbejdsmarked som uddannelse indtænkes i alle relevante patient- og borgerforløb.

### **Vi sikrer sammenhæng til beskæftigelsesområdet**

Beskæftigelse er sundhedsfremmende og giver mange afledte positive gevinster, såsom identitetsdannelse og et fast holdepunkt i tilværelsen. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker, på grund af psykisk eller somatisk sygdom, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Sundhed kan være et middel til at komme i beskæftigelse, ligesom en god tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet kan være sundhedsfremmende. Vi vil styrke sårbare borgeres mulighed for at opnå eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

### **Vi sikrer sammenhæng til uddannelsesområdet**

Mange borgere, som rammes af alvorlige sygdomme, oplever funktionsbegrænsninger længe efter, at behandlingen er afsluttet. Mellem 10% og 20% af de borgere, som overlever alvorlig sygdom, kommer ikke tilbage i arbejde. Risikoen for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet er forhøjet, hvis borgeren har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau i forhold til borgere, der har en videregående uddannelse. Derfor vil vi arbejde for, at flere unge gennemfører en ungdomsuddannelse og dermed skaber bedre forudsætninger for tilknytning til arbejdsmarkedet.

## **Grundprincipper for det tværgående samarbejde i Sundhedsaftalen 2024-2027**

Neden for følger grundprincipperne for det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, de 22 syddanske kommuner og Region Syddanmark.

### **Vi skaber et samlet sundhedsvæsen**

Mængden af opgaver på sundhedsområdet vil i fremtiden være så omfattende, at det ikke vil være muligt at rekruttere flere til sundhedsuddannelserne eller sundhedsmedarbejdere i et omfang, der matcher det øgede opgavepres, hvis opgaverne skal løses som nu. Der er derfor behov for at se på det samlede patientforløb og den samlede kapacitet på sundhedsområdet. Vi skal være optagede af at finde den gode fælles håndtering af den store strukturelle udfordring, vi står overfor, og vi skal have fokus på, at opgaven løses på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Vi vil se fordomsfrit på opgaveløsningen og udvikle samarbejdet der, hvor der er sundhedsgevinster at hente for borgeren og tilsvarende effektivisering at hente for kommuner og region.

### **Vi udbreder de gode løsninger**

Set i lyset af de udfordringer, vi står overfor, er det nødvendigt at tænke i nye løsninger. Ofte vil nye løsninger opstå i arbejdet med en given problemstilling, hvor fagpersonale gennem innovation udvikler nye initiativer. Nogle initiativer handler om digitalisering og ny teknologi, andre er "bare" gode gedigne tværsektorielle samarbejder. Nogle initiativer sikrer, at opgaverne kan løses mere effektivt, og frigør dermed ressourcer (økonomi, hænder) til patienterne, mens andre initiativer giver patienterne et bedre og mere sammenhængende patientforløb. De initiativer, der viser

positive resultater med udgangspunkt i datadreven evaluering, skal vi arbejde i retning af at udbrede, enten helt eller delvist, så det giver mening i den konkrete kontekst, der udbredes til.

Med etableringen af sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg på det tværsektorielle sundhedsområde er der skabt fora, som kan medvirke til at effektivisere og systematisere udbredelse. Når vi udbreder de gode løsninger, udbreder vi også muligheden for at opnå forbedret effekt og større velfærd der, hvor løsningen implementeres.

### **Vi styrker det digitale sundhedsvæsen**

Vi vil i Syddanmark anvende sundhedsteknologi, digitalisering og telemedicin til at udvikle løsninger på fremtidens udfordringer. Det skal blandt andet ske ved at videreudvikle vores eksisterende samarbejde om elektronisk kommunikation og koordinering af patientforløb og ved til stadighed at nytænke digitale løsninger, der kan understøtte en effektiv og bæredygtig anvendelse af eksisterende ressourcer. Når vi anvender digitale løsninger, har vi altid fokus på, at de skal styrke trygheden for den enkelte borger. De digitale løsninger skal være med til at muliggøre, at borgere kan tilbringe mindre tid på sygehusene og mere tid i eget nærmiljø og hverdagsliv samt styrke den samlede kapacitet på sundhedsområdet.

### **Vi skaber let tilgængelighed for borgeren**

Med etableringen af sundhedsklyngerne har vi fået mulighed for både på politisk og fagligt strategisk niveau at løfte det fælles populationsansvar i nærområderne. På den måde kan vi arbejde lokalt for at skabe sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger.

Vi skal gennem samarbejdet i sundhedsklyngerne skabe let tilgængelighed for borgerne. Dette kan ske både ved etablering af nærhospitalet, gennem nytænkning af opgaveløsningen og ved hjælp af digitale løsninger. Med sundhedsklyngerne er der skabt mulighed for, at innovationen og de gode løsninger kan ske i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale og med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker.

### **Vi bringer borgerens ressourcer i spil**

Vi vil arbejde rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Ligeledes skal vi tage borgerens sundhedskompetencer med i tilrettelæggelsen af borgerens forløb.

Vi skal, i samarbejde med borgeren, tilpasse behandling og rehabilitering så det på én gang er tilpasset til og samtidig øger borgerens mestringsevne i eget liv.

### **Vi skaber mere fælles viden**

Vi skal skabe mere systematisk viden om, hvilke indsatser der skal igangsættes og hvad effekterne af disse er. Derfor skal vi arbejde med fælles datadeling og systematisk vidensopsamling i forhold til vores tværsektorielle samarbejde. Vi skal bl.a. se på tværsektorielle patientforløb med henblik på at identificere udfordringer og forbedringsmuligheder, dynamikker mellem primær- og sekundærsektor samt digitale løsninger til at understøtte tværsektoriel kommunikation og/eller telemedicin og patientens egenomsorg.

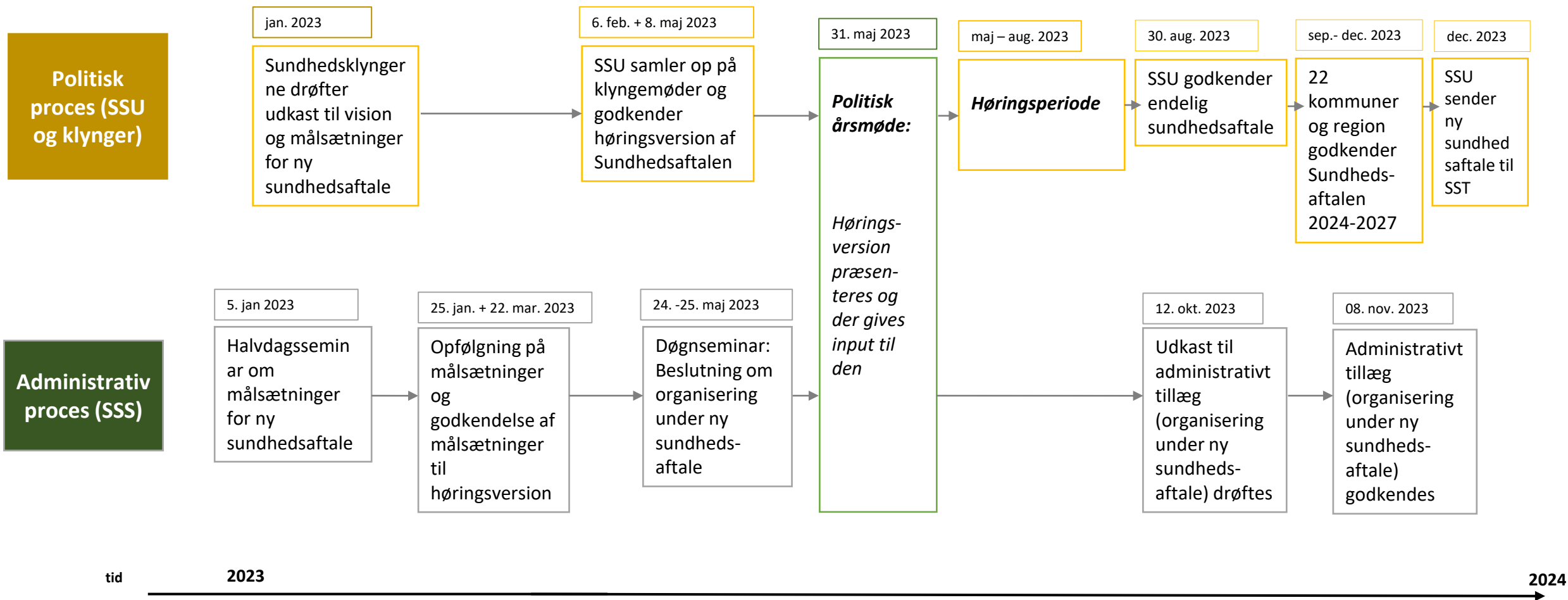
Der kan endvidere være et behov for deling af data og viden relateret til den demografiske udvikling, som presser sundhedssystemet. Herunder forskning i muligheder for og konsekvenser af, at opgaver flytter fra én aktør til en anden samt at samarbejdet sker på baggrund af gensidigt



kendskab og tillid i overgange mellem sektorer. På den måde kan vi sammen arbejde målrettet på at forbedre det samlede sundhedsvæsen.

UDKAST

# Proces for udarbejdelsen af ny sundhedsaftale 2024-2027 og Det Administrative Tillæg





## Forslag om Innovationspartnerskab

### Indledning

Udviklingen på sundheds- og ældreområdet stiller nye krav til os som kommuner og skoler. Skal vi lykkes med at rekruttere til SOSU-faget og sikre, at vores medarbejdere også i fremtiden har de nødvendige kompetencer, må vi styrke samarbejdet om SOSU.

Derfor indgik de fire SOSU-skoler sammen med de 22 kommuner i KKR Syddanmark en samarbejdsaftale i november 2021, der lægger op til et styrket samarbejde på regionalt niveau, der både gavner den enkelte kommune og skole og partnerne i fællesskab.

I forlængelse af samarbejdsaftalen foreslår Samarbejdsudvalget for SOSU og PAU sammen med direktørerne for de fire syddanske SOSU-skoler, at vi styrker samarbejdet yderligere ved at etablere et *innovationspartnerskab*, der har fokus på at bringe parterne endnu tættere sammen for at afprøve nye initiativer i fællesskab, bringe hinandens viden i spil og trække på hinandens erfaringer for på den måde at bidrage til en samlet regional styrkelse af SOSU-uddannelserne.

### Formål

Innovationspartnerskabets opgave bliver at sikre:

- At den indgåede samarbejdsaftale fra november 2021 udmønter sig i konkrete handlinger, der styrker samarbejdet om SOSU og bidrager til udviklingen af sundheds- og ældreområdet
- At kommuner og skoler på regionalt niveau videndeler, udvikler og igangsætter konkrete initiativer, der kan styrke den enkelte kommune og skole og samtidig styrke det regionale samarbejde
- At temaer/udfordringer, vi som kommuner og skoler i fællesskab er optaget af, bliver båret ind i innovationspartnerskabet.

### Forankring

Innovationspartnerskabet skal bestå af repræsentanter fra kommuner og skoler.

#### Styregruppe

Det foreslås, at Samarbejdsudvalget for SOSU og PAU sammen med de fire direktører fra SOSU-skolerne, gøres til styregruppe for Innovationspartnerskabet. Det foreslås ligeledes, at partnerskabet i det daglige faciliteres af KKR-sekretariatet og ankerkommunen for SOSU og PAU, Esbjerg Kommune.

På den måde sikres det, at en kommunal repræsentant fra hver af de fire skoleområder er repræsenteret i styregruppen sammen med de fire skoler.

Styregruppen skal sikre, at innovationspartnerskabet, og de initiativer og projekter, der igangsættes, er forankret regionalt på tværs af skoler og kommuner i Syddanmark, ligesom styregruppens opgave er løbende at sikre en strategisk retning, videndeling og sammenhæng.

Styregruppen kan vælge at igangsætte initiativer eller projekter lokalt mellem en enkelt kommune og skole eller mellem en skole og en klynge af kommuner.

### Temaer

Konkret foreslås det, at innovationspartnerskabet indleder med at sætte et fælles strategisk fokus på to temaer:

- 1. Digitale løsninger og velfærdsteknologi
- 2. Fremtidens kompetencer på sundheds- og ældreområdet

#### 1. Digitale løsninger og velfærdsteknologi

I en tid, hvor velfærden er under pres, skal teknologi og digitale løsninger hjælpe til at løse opgaverne sammen med borgerne, så hænderne rækker længere. Det bliver helt centralt nu og i fremtiden, hvor



manglen på arbejdskraft forventes at stige. Velfærdsteknologi kan både være med til at skabe tryghed for borgeren og øge borgernes livskvalitet, ligesom velfærdsteknologi kan lette vores dygtige medarbejderes arbejdsdag og give øget fleksibilitet i tilrettelæggelsen af opgaver. Samtidig kan det tiltrække andre målgrupper til SOSU-uddannelserne.

I kommunerne gør vi os løbende erfaringer med digitale løsninger og velfærdsteknologi, og hvordan vi kan styrke vores organisation og medarbejdere på velfærdsteknologiområdet. Derfor er det nærliggende at etablere og styrke et samarbejde om at udvikle og igangsætte fælles initiativer, der styrker os hver især og i fællesskab.

Det kan fx være at afprøve forskellige velfærdsteknologiske løsninger og dele viden og erfaring med hinanden, så vi styrker den samlede velfærdsteknologiske udvikling regionalt.

## 2. Fremtidens kompetencer på sundheds- og ældreområdet

Både kommende og nuværende medarbejdere, der er ansat i kommunerne, skal klædes på med kompetencer, der matcher det behov, udviklingen på sundheds- og ældreområdet kræver.

Det handler bl.a. om at klæde vores medarbejdere på til at arbejde med velfærdsteknologi og digitale løsninger på et højere kompetenceniveau end tidligere og at klæde vores medarbejdere på til nye ledelsesformer, hvor selvledelse og selvkoordinering er centralt.

### *Velfærdsteknologiske kompetencer*

Med borgeren i centrum, skal velfærdsteknologi understøtte den enkelte borgers egen indsats. Det kræver, at vores medarbejdere har en stærk teknologiforståelse, og at de kritisk kan analysere og vurdere borgerens behov og derefter vælge den teknologi, der kan gøre borgeren mere selvhjulpent.

Fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere er digitale og skal kunne bidrage aktivt til implementeringen og udviklingen af velfærdsteknologi i praksis.

I et regionalt innovationspartnerskab kan vi fx udvikle et fælles koncept for praksisnær kompetenceudvikling af medarbejdere og elever, så de opnår de nødvendige digitale og velfærdsteknologiske kompetencer med udgangspunkt i kommunernes praksis.

### *Øget selvkoordinering*

I kommunerne sker der en omorganisering og udvikling af ældreområdet, som stiller nye krav til vores medarbejdere. Mange kommuner har med inspiration fra Buurtzorgs model fokus på at organisere sig i tværfaglige teams med udstrakt selvtilrettelæggelse, hvor fokus er på borgeren, borgerens situation, ønsker og ressourcer, og hvor personkontinuitet, stærkt lokalkendskab og mobilisering af ressourcer i nærmiljøet er centralt.

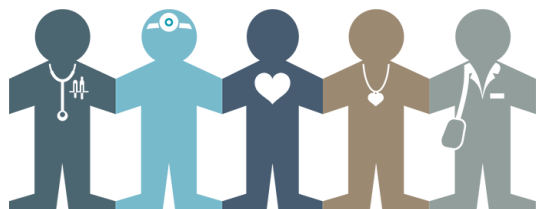
En sådan organisering og borgertilgang kræver nye kompetencer hos både de elever vi uddanner og de medarbejdere, vi har ansat.

I et regionalt innovationspartnerskab kan vi fx undersøge, hvordan den omorganisering og udvikling af ældreområdet, som foregår i kommunerne, spiller ind på rammerne og indholdet i de uddannelser, vi tilbyder vores elever i dag, og hvordan skolerne kan bidrage med at kompetenceudvikle vores medarbejdere, så de er klædt på med de kompetencer, fremtiden kræver.



FÆLLES TELEMEDICIN I SYD

# Telemedicin til hjertesvigt



**Fælles Telemedicin i Syd**  
Telemedicin til hjertesvigt

Oktober 2022

Sofie Skøtte, projektmedarbejder  
Kuno Strand Kudajewski, projektleder

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat  
Nytov 9  
5500 Middelfart

[Faelleskommunalsundhed.dk](http://faelleskommunalsundhed.dk)

---

# Indhold

---

<b>1.</b>	<b>Resume</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Indledning</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Baggrund for udbredelse</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Opdrag</b>	<b>8</b>
<b>5.</b>	<b>Tilbuddet i forhold til den eksisterende behandling og rehabilitering af hjertesvigtpatienter</b>	<b>10</b>
5.1.	På hospitalet	10
5.2.	I kommunen og almen praksis	11
<hr/>		
<b>6.</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>13</b>
6.1.	Inklusionskriterier	13
6.2.	Eksklusionskriterier	13
6.3.	Volumen	14
<hr/>		
<b>7.</b>	<b>Det telemedicinske tilbud til hjertesvigt i Syddanmark</b>	<b>15</b>
7.1.	Formål	15
7.2.	Indhold	16
7.2.1.	Målinger i hjemmet	17
7.2.2.	Information og vejledning	17
7.2.3.	Supplerende indsatser i kommunen	17
7.3.	Valg af målinger og registreringer	17
7.3.1.	Referenceværdier	18
7.4.	Målehyppighed	18
7.4.1.	Målehyppighed under indkøring	18
7.4.2.	Målehyppighed efter indkøring (løbende)	18
7.5.	Varighed af tilbud, evaluering og afslutning	19
<hr/>		
<b>8.</b>	<b>Rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner</b>	<b>20</b>
8.1.	Identifikation og henvisning	20

---

<b>8.2.</b>	<b>Identifikation og henvisning af borgere på hospitalet</b>	<b>21</b>
<b>8.3.</b>	<b>Identifikation og henvisning af borgere i kommunen</b>	<b>21</b>
<b>8.4.</b>	<b>Identifikation og henvisning af borgere i almen praksis</b>	<b>21</b>
<b>8.5.</b>	<b>Opstart og inklusion</b>	<b>22</b>
<b>8.6.</b>	<b>Monitorering og handling på data</b>	<b>23</b>
8.6.1.	Hospitalets opgaver og ansvar	24
8.6.2.	Kommunens opgaver og ansvar	24
8.6.3.	Almen praksis' opgaver og ansvar	24
<b>8.7.</b>	<b>Skitsering af mulige kontakter med borgeren i forløbet</b>	<b>24</b>
8.7.1.	Opstartssamtale vedr. hjemmemonitorering	25
8.7.2.	Evalueringsamtale vedr. hjemmemonitorering	25
8.7.3.	Afslutningssamtale vedr. hjemmemonitorering	25

---

<b>9.</b>	<b>Kompetencer</b>	<b>26</b>
<b>9.1.</b>	<b>Kompetencekrav – monitoreringsansvarlig</b>	<b>26</b>
<b>9.2.</b>	<b>Kompetencekrav – borger</b>	<b>26</b>
<b>9.3.</b>	<b>Uddannelse</b>	<b>27</b>

---

<b>10.</b>	<b>Teknisk set-up og udstyr</b>	<b>28</b>
<b>11.</b>	<b>Tværasektorielle sparringsmøder</b>	<b>29</b>



# 1. Resume

Regeringen, kommunerne og regionerne har i forbindelse med økonomiaftalerne for 2021 indgået aftale om en national udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt. Udbredelsen er organiseret nationalt som en fælles-offentlig portefølje, der består af fem landsdelsprogrammer. Disse landdelsprogrammer varetager i forvejen udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL. I landsdelsprogrammet for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i Syddanmark (også benævnt Fælles Telemedicin i Syd) har en tværgående arbejdsgruppe udarbejdet anbefalinger til sundhedsfagligt indhold og organisering for telemedicin til borgere med hjertesvigt.

Udgangspunktet for beslutningsoplægget er:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området: ”Telemedicin til mennesker med hjertesvigt – anbefalinger til målgruppe, sundhedsfagligt indhold, ansvar og samarbejde”
- Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark
- Et overordnet mål om at styrke borgerens tryghed og højne mestringsevnen til aktivt at tage vare på egen helbredstilstand.
- De gældende kliniske retningslinjer fra dansk kardiologisk selskab samt de nationale behandlingsvejledninger.

I forhold til målgruppe og indhold har arbejdsgruppen anbefalet, at det telemedicinske tilbud er et sundhedstilbud til borgere med hjertesvigt, hvor borgeren løbende foretager målinger og registreringer i hjemmet. Det telemedicinske tilbud består desuden af information og vejledning samt ideelt en fælles oversigt over borgerens stamdata og forløb, herunder indsatser. Det telemedicinske tilbud kan i kommunen suppleres med et individuelt tilpasset indhold, fx en fysisk træningsindsats, en ernæringsindsats, tobaksafvænning eller øvrige supplerende indsatser – alt efter hvilke tilbud, der findes lokalt. Arbejdsgruppens anbefalinger skal – efter godkendelse i Programstyregruppen for Fælles Telemedicin i Syd og i den Strategiske Sundhedsstyregruppe – indskrives i Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark.

## 2. Indledning

I forbindelse med den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med hjertesvigt har Fælles Telemedicin i Syd nedsat en tværgående arbejdsgruppe som har haft ansvaret for at udarbejde sundhedsfaglige anbefalinger til det telemedicinske tilbud i Syddanmark. Nærværende rapport er sammenfatningen af de drøftelser, der er pågået i arbejdsgruppen vedrørende det sundhedsfaglige indhold samt overvejelser omkring organisering af tilbuddet. Udgangspunktet for beslutningsoplægget er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området: "Telemedicin til mennesker med hjertesvigt – anbefalinger til målgruppe, sundhedsfagligt indhold, ansvar og samarbejde" (2020) samt Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark. Telemedicinsk hjemmemonitorering skal derfor ses som en del af det samlede tværsektorielle forløb for borgere med hjertesygdom. Når anbefalingerne er godkendt og Fælles Telemedicin i Syd starter implementeringen, skal anbefalingerne være indarbejdet i Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen har i forbindelse med anbefalingerne især haft fokus på følgende principper:

- at støtte borgerens sygdomsmestring og handlingskompetence
- at øge borgerens tryghed i hverdagen
- at borgeren skal opleve sammenhæng i sit forløb
- at de målinger, der foretages, skal give mening for den enkelte borger
- at det altid skal være klart, hvor det sundhedsfaglige ansvar er placeret
- at opgaverne – inden for rammerne af det gældende forløbsprogram – placeres der, hvor man bedst kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for, på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON princip)
- at medvirke til at reducere indlæggelser og ambulatoriebesøg

### 3. Baggrund for udbredelse

Regeringen, kommunerne og regionerne har i forbindelse med økonomiaftalerne for 2021 indgået aftale om en national udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt frem mod udgangen af 2024. Formålet med den nationale udbredelse af telemedicin til borgere med hjertesvigt er at medvirke til positive effekter af både sundhedsfaglig og samfundsøkonomisk karakter. Det handler fx om, at den enkelte borger med hjertesvigt forstår og handler på egne symptomer for herved at kunne opnå en øget livskvalitet, tilfredshed og tryghed mv. og deraf færre og/eller kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser.

## 4. Opdrag

Arbejdsgruppen vedr. sundhedsfagligt indhold og organisering har jf. kommissoriet haft følgende hovedopgaver:

- Gennemføre en målgruppeanalyse og stille forslag til hvilke mennesker med hjertesvigt, der skal tilbydes telemedicinsk hjemmemonitorering.
- Udarbejde retningslinjer for inklusion såvel som eksklusion af borgere til telemedicinsk hjemmemonitorering med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Fastlægge indholdet af det sundhedsfaglige tilbud, der udgør telemedicinsk hjemmemonitorering til mennesker med hjertesvigt.
- Beskrive de kompetencekrav og læringsmål, som de sundhedsfaglige tilbud forudsætter. Både i forhold til de sundhedsprofessionelle såvel som de borgervendte kompetencer (egenomsorg).
- Fastlægge rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner (almen praksis, kommuner, hospitaler) i den telemedicinske hjemmemonitorering til mennesker med hjertesvigt. Herunder fokus på ændrede arbejdsgange og hvordan de enkelte aktører kan støttes i nye rutiner og processer.
- Drøfte og forholde sig til hvilke informationer, der bør deles mellem sundhedsfaglige samt hvornår og hvordan de skal deles (fx målinger, tærskelværdier, sundhedsoplysninger relaterede til hjertesvigt, pårørende/netværk).
- Udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale vedr. telemedicinsk hjemmemonitorering til mennesker med hjertesvigt, gældende for de syddanske kommuner, hospitaler og almen praksis.
- Udarbejde retningslinjer til de konkrete opgaver til de sundhedsfaglige i sektorerne.
- Forholde sig til sammenhængen mellem KOL- og hjertesvigtsindsatserne for borgere med begge diagnoser.

I forhold til informationsbehovet aktører imellem, har arbejdsgruppen drøftet informationsbehovet på et overordnet niveau, men ikke konkret skitseret hvordan disse deles. Det vil efterfølgende blive udfoldet i en instruks. Der udarbejdes ikke nogen selvstændig samarbejdsaftale, idet anbefalingerne efter godkendelse skal indarbejdes i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom. Den nedsatte arbejdsgruppe har i perioden fra marts 2022 til oktober 2022 afholdt i alt 8 arbejds møder, hvor beslutningsoplæggets anbefalinger har været drøftet. Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1. Arbejdet med de sundhedsfaglige anbefalinger er foregået på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger (SST 2020), tidligere erfaringer fra blandt andet Telecare Nord projektet samt det arbejde, der er pågået i arbejdsgruppen for udvikling af det sundhedsfaglige indhold på KOL-området.



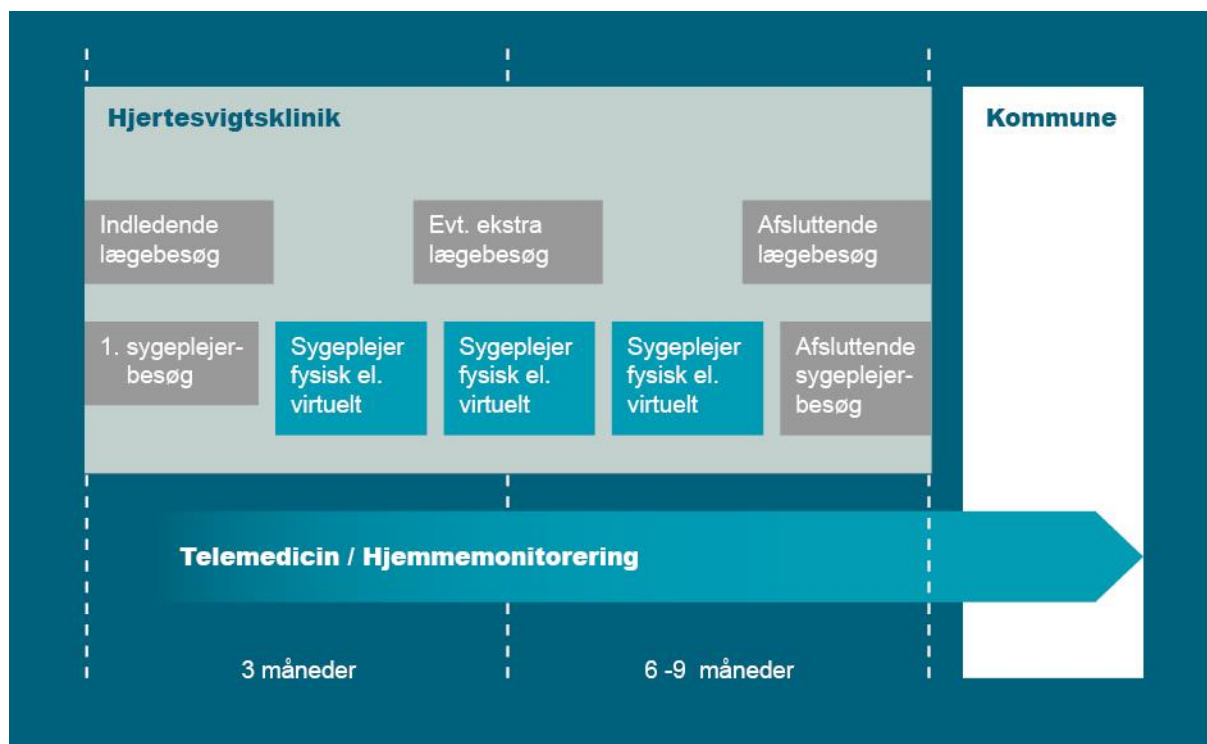
## 5. Tilbuddet i forhold til den eksisterende behandling og rehabilitering af hjertesvigtpatienter

Tidlig opsporing og behandling af hjertesvigt forsinker udvikling af sygdommen. Fokus for behandlingen er således at bremse sygdomsudvikling og hindre yderligere skade på hjertet, hvilket medfører bedre livskvalitet og lavere dødelighed. Behandlingen indledes vanligvis på hospital, oftest i regi af de eksisterende hjertesvigtklinikker på danske hospitaler. Den specialiserede medicinske behandling indledes i lav dosis og reguleres til passende niveau med faste intervaller over måneder, afhængig af hvordan patienten tåler behandlingen, og med løbende opfølgning. Dette kaldes optitrering af medicin. Behandlingen er en specialistopgave, og i denne indgår en række lægemidler, som alle er dokumenteret gavnlige til netop disse patienter, herunder særligt i forhold til at nedsætte sygdomsbyrden, øge livskvaliteten og at reducere dødeligheden. Efter optitreringen overgår patienterne typisk til opfølgning og årskontroller hos egen læge og kan få tilbudt rehabilitering og genoptræning i regi af kommunerne. Det er valgfrit for den enkelte kommune hvorvidt tilbuddet placeres indenfor Sundhedsloven §119 eller §140 eller alternativt §138

### 5.1. På hospitalet

En patient, der har fået diagnosticeret hjertesvigt, vil typisk blive henvist til en hjertesvigtklinik. Henvisningen visiteres af en kardiolog, som udfærdiger en behandlingsplan. I hjertesvigtklinikken vil behandlingen og den rehabiliterende indsats blive iværksat. Patienten vil i hjertesvigtklinikken møde en sygeplejerske/team, der er specialist i hjertesvigt. Sygeplejersken/teamet har udvidet handlekompetence til at iværksætte og justere den medicinske behandling. En patient vil typisk være tilknyttet hjertesvigtklinikken ca. 6 måneder og vil komme til kontrol med ca. 3-4 ugers mellemrum. I den periode vil hjertesvigtklinikken være behandlingsansvarlig for patientens hjertesygdom, men øvrig behandling har praktiserende læge eller en anden specialafdeling på hospitalet ansvar for.

Efter optitrering af den medicinske behandling, det vil sige, når sygdommen er stabil, overgår patienten til fortsat opfølgning og behandling i regi af almen praksis, mens de sygeste patienter fortsat følges regelmæssigt i hjertesvigtklinikkerne.



Det telemedicinske tilbud starter som regel i forbindelse med forløbet i hjertesvigtklinikken, hvor data fra patientens målinger i hjemmet følges, håndteres og korrigeres. Patienten og hjertesvigtklinikken kan kommunikere om målingerne og patientens tilstand, og patienten kan deltage i konsultationer via video eller telefoniske kontakter. Derved kan hjertesvigtklinikken følge sygdomsudviklingen og effekten af behandlingen samt justere denne ved behov. Samtidig kan hjertesvigtklinikken hjælpe patienten til større sygdomsforståelse, se også afsnit 5.2.

Formålet med det telemedicinske tilbud er at erstatte nogle af patientens fremmødekonsultationer med telemedicinsk opfølgning, så patienten undgår transport til og fra hospitalet og oplever større fleksibilitet i behandling og opfølgning. Håbet er endvidere at muliggøre en hurtigere optitrering af den iværksatte prognoseforbedrende medicinske behandling.

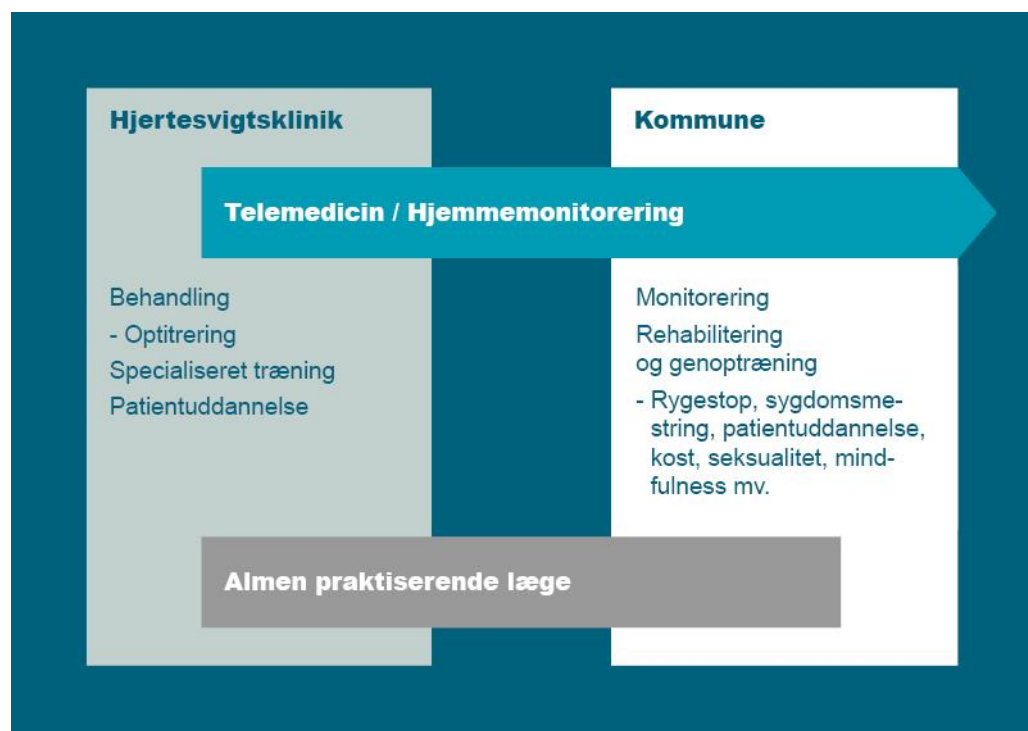
## 5.2. I kommunen og almen praksis

Kommunen står for den tidsmæssigt længste del af forløbet med det telemedicinske tilbud, der samtidig kan suppleres med eksisterende kommunale rehabiliteringsindsatser, som ligeledes kan tilbydes telebaseret. Når den enkelte borger er færdig-optitreret fra hjertesvigtklinikken, overgår ansvaret for de fleste borgere til den kommunale monitoreringsansvarlige. Det er i denne fase den praktiserende læge, der har behandlingsansvaret, men i det daglige er det kommunen, der håndterer det telemedicinske tilbud.

Data fra borgerens målinger i hjemmet følges og håndteres, og borger og kommune kan kommunikere om målingerne og borgerens tilstand. Derved kan

kommunen hjælpe borgeren med at tolke egne målinger og sammenhængen mellem målte værdier, symptomer, velbefindende og livsførelse samt rådgive om håndtering af disse. Formålet er at understøtte borgerens sygdomsmestring, egenomsorg og handlekompetencer og derved øge tryghed og livskvalitet, samt fastholde de gode vaner og den læring, der tidligere er sket i regi af hjertesvigtklinikkerne. Formålet er om muligt endvidere at forebygge og tidligt opspore forværring, hvilket potentielt kan reducere borgerens behov for indlæggelser og i bedste fald reducere dødeligheden.

Kommunerne har endvidere en fortsat stor opgave med rehabilitering og genoptræning, som i mange tilfælde kan understøttes yderligere ved hjælp af det telemedicinske tilbud og det udstyr der i den forbindelse er udleveret til borgeren





## 6. Målgruppe

Målgruppen for det telemedicinske tilbud er borgere med diagnosticeret hjertesvigt. Nedenfor beskrives henholdsvis inklusions- og eksklusionskriterier.

### 6.1. Inklusionskriterier

- diagnosen hjertesvigt er stillet ved ekkokardiografi
- borgeren er i behandling eller motiveret for behandling
- borgeren forventes på sigt at kunne forstå og handle på egne, målte værdier, evt. med støtte fra pårørende eller sundhedsfaglig medarbejder efter forudgående aftale
- borgeren kan være placeret i alle NYHA-kategorier
- borgeren er interesseret i at deltage i forhold til det tekniske set-up
- borgeren har fast bopæl og er tilknyttet en almen praksis i Region Syddanmark (dette kan dog fraviges lokalt efter aftale)
- borgeren er diagnosticeret med klassisk hjertesvigt dvs. med EF på 40% eller lavere
- Borgeren skal være i stand til at afgive et informeret samtykke

Derudover er det muligt at inkludere patienter med hjertesvigt, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet. Det kan eksempelvis dreje sig om borgere som ikke kan komme ud af eget hjem, psykisk sårbare eller hvor der er flere parametre, der tegner et billede af mulighed for forebyggelse i forhold til succes med borgerens egenmestring. Den kliniske vurdering heraf foretages af den behandlingsansvarlige læge.

Ud over ovennævnte skal det bemærkes, at det telemedicinske tilbud kan være særligt til gavn for mindre mobile patienter, enlige, sårbare eller hvor afstanden til nærmeste behandlingssted er stor.

I forbindelse med det telemedicinske tilbud er det vigtigt at være opmærksom på patientsikkerhedsmæssige forhold og utilsigtede hændelser. Det er således væsentligt at tage højde for potentielle risikofaktorer (f.eks. patientens manglende evne til at indgå samarbejde med sundhedsprofessionelle eller evnen til at udføre egenomsorg, udfordringer med kommunikation og data-transmission samt andre teknologibundne fejl).

### 6.2. Eksklusionskriterier

- borgeren er ikke i stand til at forstå og kommunikere på dansk

- borgeren har en svær kognitiv svækkelse, fx ved demens eller svære følger efter apopleksi, syns-, høre-, talehandicap
- borgeren er multisyg, hvor hjertesvigt ikke er den dominerende sygdom
- borgeren har ikke mulighed for telefonisk kontakt/adgang til telefon eller bor hvor der er manglende netværksdækning

Ud over ovennævnte skal det bemærkes, at komorbiditet generelt ikke er et eksklusionskriterie ligesom det i mange tilfælde heller ikke er et eksklusionskriterie at patienten befinder sig i den palliative fase. Det telemedicinske tilbud skal desuden være hensigtsmæssigt, praktisk muligt at etablere og gennemføre, og der skal foreligge en klinisk vurdering af, at borgeren vil have gavn af tilbuddet.

### 6.3. **Volumen**

På baggrund af tal fra Region Syddanmarks afdeling for dokumentation og ledelsesinformation vurderes det at omtrent 900 borgere/patienter hvert år bliver nydiagnosticeret med hjertesvigt i Region Syddanmark. Dette estimat er udarbejdet på baggrund af udtræk over relevante diagnosekoder for hjertesvigt i årene 2021 og 2022.

Herudover kan der løbende identificeres borgere, som allerede har diagnosen og er afsluttet fra hospitalet, men som vurderes at kunne have gavn af tilbuddet om hjemmemonitorering.

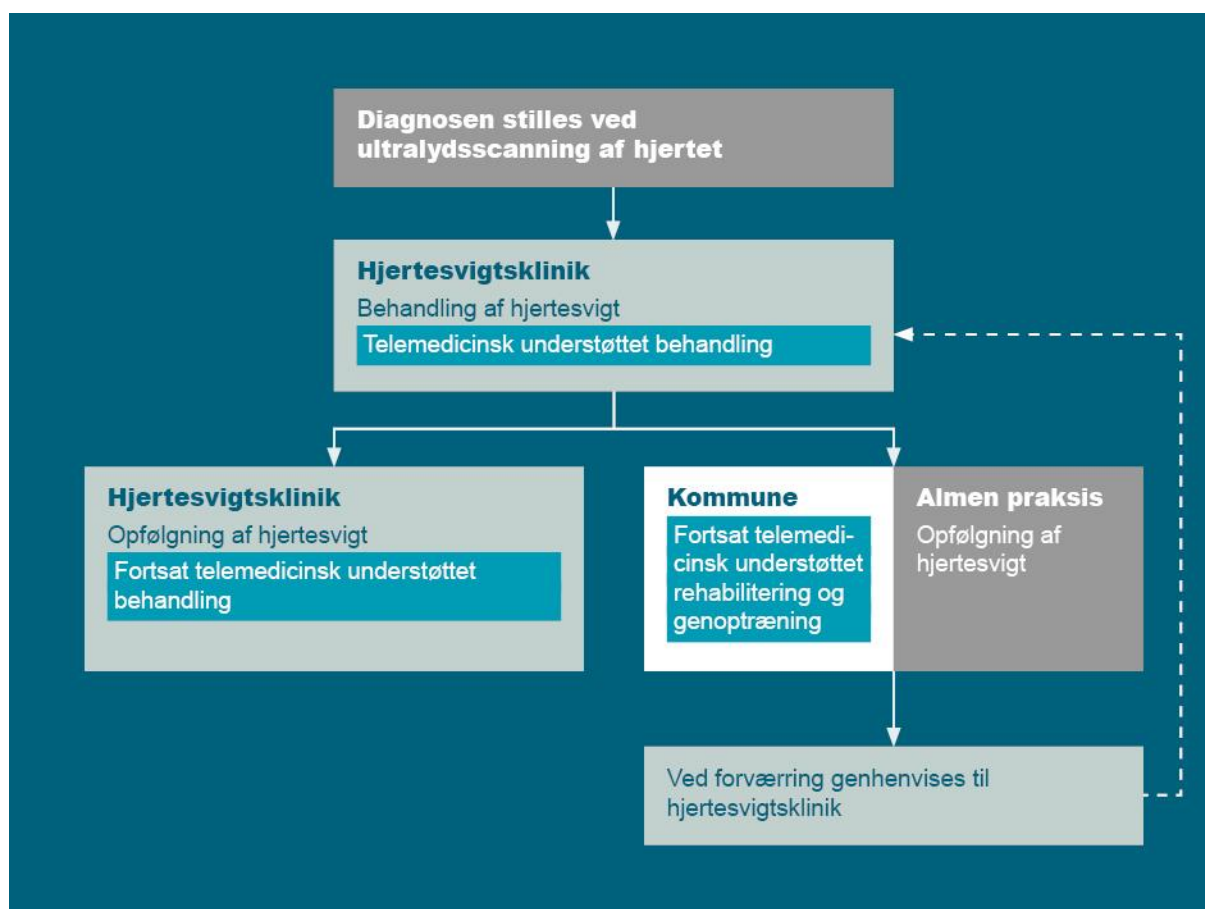
Ud fra inklusionskriterierne og en antagelse om, at omtrent 50% af de berørte patienter vil takke ja til tilbuddet, vurderes det at cirka 450 patienter årligt vil modtage tilbuddet om hjemmemonitorering. Det skal undersøges yderligere, hvor stort et patientvolumen der vil være i tilbuddet, når det er fuldt implementeret. Dette tal er meget svært at vurdere idet kvaliteten af behandlingen og dermed overlevelsen er steget markant for disse patienter de senere år.

## 7. Det telemedicinske tilbud til hjertesvigt i Syddanmark

### 7.1. Formål

Det telemedicinske tilbud til borgere med hjertesvigt er som udgangspunkt et supplement til de eksisterende behandlingsformer og aftaler omkring denne patientgruppe.

Efter at patienter er blevet diagnosticeret med hjertesvigt, vil det telemedicinske tilbud typisk blive initieret i regi af hjertesvigtklinikken. Når sygdommen er stabiliseret, og patienten afsluttes til videre opfølgning i almen praksis, vil forløbet som hovedregel fortsætte i kommunen. Der kan også være patienter, som først starter i det telemedicinske tilbud i kommunen, når de afsluttes til videre opfølgning i almen praksis. Ved forværring og ustabil sygdom kan hjertesvigtklinikken overtage, eller helt beholde ansvaret for det telemedicinske tilbud, fx i forbindelse med en indlæggelse eller en ustabil patient.



Det telemedicinske tilbud bør altid tilpasses behovet hos den enkelte borger, herunder baggrunden for at denne er blevet inkluderet i tilbuddet, fx behov for hyppige justeringer af behandling, behov for fleksibilitet i forhold til deltagelse i behandling, færre fremmødekonsultationer ved optitrering af medicin, behov for understøttelse af sygdomsmestring eller et begrundet ønske om tryghed. Dette behov bør afspejle sig i de målinger og registreringer borgeren skal foretage, hvilke referenceværdier der i den forbindelse sættes op, og hvor ofte målingerne og registreringer foretages.

## 7.2. Indhold

Borgerens egen praktiserende læge samt hjertesvigtsklinikken kan henvise til det telemedicinske tilbud.

Det telemedicinske tilbud består af:

- Målinger/registreringer i hjemmet
- Information og vejledning
- Ideelt set en fælles oversigt over borgerens stamdata, og forløb herunder indsatser.

Det er primært hjertesvigtsklinikken og her primært sygeplejersken som henviser til tilbuddet, men det kan også være almen praksis, hvis der ses et behov, hvor patienten tidligere er blevet optitreret og efterfølgende vurderes at have behov for yderligere hjælp. Det telemedicinske tilbud kan således opstartes på et hvert givent tidspunkt i løbet af optitreringsperioden i hjertesvigtsklinikken eller senere, såfremt borgeren opfylder de til enhver tid gældende inklusionskriterier.

<b>Telemedicinsk tilbud</b>	Målinger og monitorering	Tilbydes borgere med hjertesvigt, der opfylder krav til inklusion eller ved klinisk vurdering skønnes at have effekt af tilbuddet
	Information og vejledning	Generel digital information og vejledning fx informationsvideoer, pjecer og øvrige værktøjer
	Fælles oversigt	En fælles oversigt over relevant data, der kan tilgås af alle sundhedsaktører, der indgår i tilbuddet
<b>Supplerende indsatser i kommunen</b>	Rehabilitering	Tilbydes til borgere i målgruppen med behov
	Genoptræning	Tilbydes til borgere i målgruppen med behov

### 7.2.1. Målinger i hjemmet

Målinger/registreringer i hjemmet – også kaldet telemedicinsk hjemmemonitorering - er et tilbud til de inkluderede, hvor borgeren løbende foretager målinger og registreringer. Med faste aftalte mellemrum bliver disse målinger/registreringer set af en monitoreringsansvarlig fra kommunen eller fra hospitalet og på baggrund af målingerne, kontakter den monitoreringsansvarlige borgeren, såfremt målingerne giver anledning hertil. Der er ikke tale om et akut tilbud.

### 7.2.2. Information og vejledning

Det telemedicinske tilbud bør desuden omfatte både generel digital information og vejledning samt målrettet information og vejledning tilpasset den enkelte borger. Vejledning og information er afgørende for at kunne understøtte borgeres mestringsevne, da det vil hjælpe borgerne til at forstå deres sygdom og handle ud fra deres situation. De inkluderede borgere i det telemedicinske tilbud skal have tilbud om digital information og vejledning.

### 7.2.3. Supplerende indsatser i kommunen

Det telemedicinske tilbud i kommunalt regi kan suppleres med et individuelt tilpasset indhold, fx en fysisk træningsindsats, en ernæringsindsats, tobaksafvænning eller øvrige supplerende indsatser. De supplerende indsatser er lokale tilbud, der tilbydes borgere med hjertesvigt afhængig af graden af deres sygdom, individuelle behov og hvilke tilbud der findes lokalt. Det anbefales, at digital understøttelse af de supplerende indsatser kan tilbydes lokalt.

## 7.3. Valg af målinger og registreringer

Monitoreringen foretages dels gennem målinger og dels gennem registreringer i et elektronisk spørgeskema. Det anbefales, at følgende målinger bør indgå i hjemmemonitoreringen: Puls, blodtryk og vægt.

De registreringer, borgeren indberetter via elektronisk spørgeskema bør omfatte:

Symptomscore (sygdomsspecifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema som omhandler graden af træthed, svimmelhed, åndenød, væske i kroppen mm.) Herudover kan der ved behov spørges ind til andre relevante emner/symptomområder.

Det anbefales at der anvendes et valideret skema og at der vælges et fælles skema nationalt så indsatsen ensrettes nationalt og har sammenhæng til den nationale PRO-indsats.

### 7.3.1. Referenceværdier

Før opstart af det telemedicinske tilbud fastlægges den enkelte borgers referenceværdier. Det er en klinisk opgave at vurdere referenceværdierne, og de fastlægges individuelt ud fra borgerens egne værdier. Som udgangspunkt anvendes forudindstillede referenceværdier for de borgere, der modtager det telemedicinske tilbud. Nedenfor ses Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forudindstillede referenceværdier, hvor gul angiver at man bør være opmærksom, og rød angiver ikke-normale forhold, hvor lægekontakt er påkrævet.

	Rød høj	Gul høj	Gul lav	Rød lav
Blodtryk systolisk	180	170	100	90
Blodtryk diastolisk	100	90	50	40
Puls	100	90	55	50
Vægt	+3	+2	-2	-3

Den behandlingsansvarlige læge (praktiserende læge eller hjertesvigtkliniken) justerer grænseværdierne, hvis der findes indikation for det. Formålet med alarmgrænser er at støtte sundhedspersonalet i deres vurdering af borgerens tilstand. Dette er særligt vigtigt ved forløb i kommunen, mens brug af alarmgrænser kan fraviges ved forløb på hjertesvigtklinikkerne.

## 7.4. Målehyppighed

### 7.4.1. Målehyppighed under indkøring

Når det telemedicinske tilbud igangsættes skal patienten som standard foretage målinger to gange dagligt i de første 14 dage, idet der ofte vil være døgnvariation i målingerne. De hyppige målinger i indkøringsperioden bidrager til at gøre borgeren fortrolig med og tryk ved at anvende udstyret, ligesom borgeren lærer egne værdier at kende og får mere indsigt i egen sygdom. Desuden giver målingerne i indkøringsperioden de sundhedsprofessionelle et indtryk af, hvad der er normale værdier for borgeren.

### 7.4.2. Målehyppighed efter indkøring (løbende)

Efter 14 dage evalueres det om borgerens habituelle tilstand (måleregime) kan fastsættes og herefter foretages målinger 1-2 gange ugentligt, gerne med samme døgnvariation, medmindre den monitoreringsansvarlige vurderer, at der er behov for anden målehyppighed. Udgangspunktet er, at sundhedspersonalet typisk vurderer borgerens målinger 1-2 gange ugentligt ved forløb i kommunen. Ved forløb i hjertesvigtklinikken bør sundhedspersonalet vurdere borgerens målinger hyppigere. Borgeren skal være tydeligt instrueret i, at kontakte egen læge, lægevagten, kommunens akutfunktion eller alarm 112,

såfremt der ved forværring skal reageres straks, da den telemedicinske indsats ikke er en akut-indsats.

## 7.5. Varighed af tilbud, evaluering og afslutning

Det telemedicinske tilbud er som udgangspunkt et livslangt tilbud. Borgeren kan forblive i tilbuddet også selvom vedkommende i en kortere periode ikke opfylder kriterierne for målgruppen. Der skal dog løbende, og mindst en gang om året, evalueres på borgerens udbytte af tilbuddet. I alle de tilfælde hvor det ikke vurderes at den enkelte patient har gavn af tilbuddet, skal det overvejes om patienten kan trækkes ud af tilbuddet om hjemmemonitorering.

Patientens udbytte kan eks. fremkomme i form af fx bedre sygdomsforståelse, mere tryghed, bedre livskvalitet mv., men også ved, at der i forløbet bliver færre ambulante besøg, færre eller kortere indlæggelser og færre ikke-planlagte konsultationer i almen praksis.

Den første evaluering foretages efter 14 dage, hvor borgeren revurderes i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier og det vurderes hvorvidt borgeren er i stand til at anvende udstyret, ligesom der følges op på, om borgeren indsender målinger. I øvrigt skal der som minimum ske evaluering ved den behandlingsansvarlige læge eller i hjertesvigtsklinikken i forbindelse med årskontrol. Hvis borgeren efter oplæring ikke evner at benytte det telemedicinske tilbud og pårørende eller andre ikke kan hjælpe hermed, vurderes det, om tilbuddet skal stoppes. Det kan for eksempel være, at borgeren efter gentagen instruktion ikke foretager målinger og registreringer som aftalt eller ikke formår at benytte udstyret korrekt og derfor ikke er i stand til at monitorere sygdommen.

Ved afslutning af tilbuddet skal det være aftalt mellem parterne og være tydeligt for alle aktører, hvem og hvad borgeren afsluttes til. Årsagen til afslutning og videre plan dokumenteres i journal. Det telemedicinske tilbud kan genetableres, hvis dette på et senere tidspunkt bliver relevant.

## 8. Rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner

I det følgende er opgave- og ansvarsfordelingen samt samarbejdet mellem kommune, almen praksis og hjertesvigtklinik beskrevet. Princippet er at opgaverne inden for rammerne af det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom placeres der, hvor man kan yde den sundhedsfaglige indsats, der er behov for. Det betyder, at der skelnes mellem behandlingsansvar for borgerens hjertesvigt og ansvar for opfølgning på borgerens monitoreringsdata (monitoreringsansvar). Monitoreringsansvaret kan foregå både i regi af kommunen og på hospitalet. Behandlingsansvaret følger det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom i Region Syddanmark.

Da ønsket er at skabe et sammenhængende forløb for borgeren på tværs af sektorer, bør der altid være fuld klarhed over, hvor både monitorerings- og behandlingsansvaret er placeret, og at ansvaret for borgeren ikke slippes, før en anden aktør aktivt har overtaget det.

Opgave	Kommune	Almen praksis	Hospital
Identifikation	X	X	X
Henvisning		X	X
Opstart og inklusion	X		X
Monitorering	X		X
Forebyggelse og rehabilitering	X		X
Evaluering	X	X	X

### 8.1. Identifikation og henvisning

Da borgere med hjertesvigt har forløb på tværs af sektorgrænser, vil flere aktører (kommune, almen praksis og hospital) kunne identificere borgere, som kan have gavn af det telemedicinske tilbud. Denne identifikation sker i mødet med borgeren og på baggrund af et kendskab til den enkelte borgers situation og sygdom.



## 8.2. Identifikation og henvisning af borgere på hospitalet

Fra hospitalet, hjertesvigtsklinikken og kardiologisk afdeling, kan patienter, som vurderes at være inden for målgruppen, henvises direkte til det telemedicinske tilbud i kommunen af hjertesvigtsklinikken. Det vil være i de tilfælde, hvor patienten er stabil i sin sygdom og fuldt optitreret, og derfor afsluttes fra hjertesvigtsklinikken til videre opfølgning i almen praksis. Mens patienten er under optitrering sker identifikation og henvisning til det telemedicinske tilbud på hospitalet. Det vil være op til hjertesvigtsklinikken at vurdere om borgeren er stabil nok og i øvrigt i stand til at indgå i det telemedicinske tilbud.

Det forventes, at størstedelen af de inkluderede borgere vil blive identificeret og henvist til tilbuddet af hjertesvigtsklinikkerne.

## 8.3. Identifikation og henvisning af borgere i kommunen

Kommunen kan identificere og kontakte borgere med hjertesvigt, som skønnes at kunne have gavn af det telemedicinske tilbud, fx på sundheds- og forebyggelsescentre, i forbindelse med visitation til kommunens forskellige tilbud, ved hjemmesygeplejens kontakt med borgeren og i forbindelse med afholdelse af den afklarende samtale ved visitation til forebyggelsestilbud eller på et forebyggende hjemmebesøg. Hvis borgeren, efter at være nærmere informeret om tilbuddet, samtykker, opfordres denne til at tage kontakt til egen læge eller hjælpes dertil, med henblik på at egen læge kan foretage en nærmere vurdering af borgeren og eventuelt henvise til tilbuddet. Ved henvisning skal der foregå en kommunikation mellem alle relevante aktører, så det sikres, at der er klarhed om, hvem der har ansvar for patienten, og at alle relevante oplysninger bliver givet videre.

## 8.4. Identifikation og henvisning af borgere i almen praksis

Den praktiserende læge identificerer patienter i forbindelse med konsultation og ved kontroller i tilknytning til hjertesvigt-sygdom og kan i forbindelse hermed tilbyde henvisning til det telemedicinske tilbud i kommunen, hvis inklusionskriterierne er opfyldt, og patienten skønnes at kunne have gavn af tilbuddet. Det vil ofte være patienter, som tidligere er afsluttet fra hjertesvigtsklinikken til almen praksis. Der kan være patienter i almen praksis, hvor der er usikkerhed omkring, hvorvidt diagnosen er stillet ved ekkokardiografi, eller om patienten er fuldt optitreret. I disse tilfælde bør patienten inden henvisning konfereres med en læge på hjertesvigtsklinikken eller henvises til en vurdering på hjertesvigtsklinikken. Derefter henviser praktiserende læge til det telemedicinske tilbud i kommunen. Henvisningen fremsendes efter gældende national standard. Kommunen sender kvittering, når patienten er påbegyndt tilbuddet og ved eventuel afslutning.

Henvisningen til det telemedicinske tilbud i kommunen eller på hospitalet bør indeholde følgende oplysninger:

- Patientens stamdata (navn, cpr.nr., adresse, telefonnr.)
- Pårørende eller anden relation samt kontaktoplysninger på denne
- Information om afgivet informeret samtykke til dataudveksling mellem samarbejdspartnere (kommune, almen praksis, hospital)
- Kort sygehistorie, herunder andre relevante sygdomme eller komorbiditet samt højde/vægt og eventuelle allergier
- Oplysninger om patientens hjertesvigt (aktuel status):
  - Blodtryk
  - NYHA-klasse
  - EF-% (pumpefunktion)
  - Årsag til hjertesvigt
  - Hjerterytmie
  - Puls niveau
  - Pacemaker/ICD
- Oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning
  - Intervaller for målinger
  - Grænseværdier (Puls, blodtryk og vægt)
- Selvbehandlingsplan (medicinsk)
- Eventuelle oplysninger om særlige indsatsområder, udfordringer eller behov.

Henvisningen skal ske elektronisk via gældende standarder, som det fremgår af forløbsprogrammet.

Hjertesvigtsklinikken eller kommunen anvender oplysningerne til at bestille telemedicinsk udstyr samt ved oplæring og monitorering af borgeren.

## 8.5. Opstart og inklusion

Alt efter hvor borgeren er i sit forløb med hjertesvigt kan det enten være kommunen eller hospitalet, som har ansvar for opstartsfasen. Den sundhedsprofessionelle person der opstarter tilbuddet hos borger, indhenter samtykke til det telemedicinske tilbud og til videregivelse af kontaktdata til samarbejdspartnere, herunder evt. private samarbejdspartnere. Den ansvarlige sundhedsprofessionelle journalfører alle relevante oplysninger vedrørende information og samtykke, herunder videregivelse af helbredsoplysninger mv. Når borgeren har accepteret og samtykket til det telemedicinske tilbud, skal borgeren informeres om det videre individuelle forløb. Borgeren oprettes med telemedicinsk ydelse i det aktuelle it-system med referenceværdier, som er fastsat ud fra forudindstillede referenceværdier eller som den behandlingsansvarlige læge har fastsat. Kommune eller hjertesvigtsklinik er ansvarlig for, at monitoreringsudstyr visiteres og rekvireres hos den aktør som står for logistik (typisk borgerens egen kommune). Reaktions tiden fra henvisning til opstart

bør maksimalt være syv hverdage. Uanset hvor borgeren er i sit forløb, vil det være en sundhedsfaglig fra kommunen, der har ansvaret for, at borgeren oplæres i udstyret og for hvordan borgeren foretager målinger. Det vil være den/de aktør/(er), som står for service, support og logistik, der har ansvaret for at udstyret rent teknisk fungerer.

Det anbefales, at der ved opstart af det telemedicinske tilbud foreligger en aktuell vurdering af patientens hjertesvigtssygdom og behandling fra hjertesvigtsklinikken eller egen læge.

## 8.6. Monitorering og handling på data

Som udgangspunkt følger ansvaret for opfølgning på borgerens målinger behandlingsansvaret, så hjertesvigtsklinikken står for opfølgningen på data fra patienter, som følges der, mens kommunen står for opfølgningen på data fra borgere, der følges i almen praksis. Ansvar for opfølgning kan skifte under forløbet, fx hvis patienten afsluttes fra hjertesvigtsklinikken og fortsætter det telemedicinske tilbud i kommunen. Det er vigtigt, at ansvaret for opfølgningen er klart og entydigt placeret. Det anbefales, at det er sygeplejersker eller anden sundhedsfaglig personale med kompetencer og erfaring med hjertesvigt, som har ansvar for, og varetager opfølgningen af, data fra borgerens målinger. Opfølgningen indebærer, at borgerens data læses, tolkes og vurderes med henblik på forslag til videre handling eller observationer samt understøttelse af sygdomsmestring og rådgivning af borgeren.

Der er personlig kontakt med borgeren omkring målinger og registreringer i de situationer, hvor målingerne indikerer forandring i borgerens tilstand i negativ retning. I den forbindelse skal den monitoreringsansvarlige have fokus på at gøre borgeren i stand til selv at fortolke og reagere på egne målinger og registreringer.

Kontakten mellem borger og den monitoreringsansvarlige kan foregå via beskedsfunktion, video eller telefon. Ved forløb i hjertesvigtsklinikken bør sundhedspersonale se og forholde sig til data med en hyppighed baseret på en individuel vurdering, fx 1-3 gange ugentligt, evt. hyppigere hvis en læge i hjertesvigtsklinikken vurderer, at der er behov herfor, fx ved ustabil sygdom. Ved forløb i kommunen bør sundhedspersonale som udgangspunkt se og forholde sig til data 1-2 gange ugentligt, baseret på en individuel vurdering.

Ved akut opstået forværring skal borgeren benytte de sædvanlige kontakter til egen læge, lægevagten, kommunens akutfunktion eller 112. Ved udeblevne målinger og registreringer kontaktes borgeren. Ved gentagne manglende målinger og registreringer vurderes det, om borgeren er motiveret for eller i stand til at forsætte sit telemedicinske forløb, og afsluttes hvis dette ikke er tilfældet.

### 8.6.1. Hospitalets opgaver og ansvar

Hjertesvigtsklinikken har ansvaret for opfølgning på patienter i det telemedicinske tilbud, der følges i hjertesvigtsklinikken. Det vil typisk være patienter, som har behov for hyppige justeringer af behandlingen, herunder patienter med nydiagnosticeret hjertesvigt og patienter med ustabil sygdom samt patienter, som, ud fra en lægelig vurdering, har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning. Opfølgningen sker således indledningsvist i hjertesvigtsklinikken, men kan efter aftale overgå til kommunen, når borgerens sygdom er stabiliseret.

### 8.6.2. Kommunens opgaver og ansvar

Kommunen har ansvaret for opfølgning på borgere i det telemedicinske tilbud, der er afsluttet fra hjertesvigtsklinikken og følges i almen praksis. Ved afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling i negativ retning, kontaktes borgeren med henblik på, at denne tager kontakt til almen praktiserende læge, eller i overensstemmelse med sin eventuelle selvbehandlingsplan påbegynder eller ændrer en behandling. Ved afvigelser i data, som indikerer sygdomsudvikling i negativ retning er det også muligt at den monitoreringsansvarlige med borgerens samtykke tager kontakt til almen praktiserende læge og drøfter den videre handling.

### 8.6.3. Almen praksis' opgaver og ansvar

Almen praksis inddrages, når data indikerer ændringer, der kræver lægelig vurdering. Dette vil ofte være ved, at patienten efter opfordring fra kommunen selv henvender sig til lægen og derudover, hvis der lokalt er aftalt anden/supplerende kommunikation mellem almen praksis og kommunen. Det er også vigtigt at inddrage den praktiserende læge, hvis der er behov for at justere alarmgrænser eller interval for målingerne.

Den praktiserende læge ser fortsat patienten ved de almindelige kontroller, herunder årskontrollen, hvor patientens målinger i hjemmet kan være et vigtigt supplement. Patienten kan derfor med fordel medbringe sin tablet med måledata ved besøg hos lægen, ligesom det er vigtigt, at der sker en løbende kommunikation fra kommunen til almen praksis og omvendt med information om/evaluering af forløbet, herunder ændringer i behandlingen. Hvis den praktiserende læge vurderer, at der bør ske ændringer i den medicinske behandling kan hjertesvigtklinikken kontaktes.

## 8.7. Skitsering af planlagte kontakter med borgeren i forløbet

Når borgeren er inkluderet, tages udgangspunkt i følgende typer af samtaler mellem borgeren og den monitoreringsansvarlige:

- Opstartssamtale
- Evalueringssamtale
- Eventuel afslutningssamtale

### 8.7.1. Opstartssamtale vedr. hjemmemonitorering

Opstartssamtalen er den første samtale, der finder sted mellem borgeren, evt. den pårørende og den sundhedsfaglige fra kommunen efter udstyret er blevet leveret til borgeren og det tekniske fungerer. Det er et fysisk møde, hvor borgeren introduceres til udstyret og lærer at foretage de første målinger/scores/tests under supervision. Mødet kan foregå hjemme hos borgeren eller andetsteds.

### 8.7.2. Evalueringssamtale vedr. hjemmemonitorering

Evaluering/ opfølgningssamtalen afholdes ca. 2 uger efter opstart. Da de første 14 dage betragtes som en indkøringsperiode, skal kvaliteten af målingerne vurderes med henblik på validitet af målingerne, herunder om borgerens grænseværdier skal ændres (i samarbejde med den praktiserende læge), eller om borgeren har brug for yderligere instruktion i at foretage korrekte målinger.

Evalueringssamtalen kan foregå fysisk eller via telefon/video mellem borgeren og den sundhedsfaglige. Formålet med samtalen er, at belyse om borgeren oplever en sammenhæng mellem målinger/tests/scores og tilstand. Den sundhedsfaglige i kommunen vurderer på baggrund af samtalen, om borgeren lever op til inklusionskriterierne og om borgeren kan overgå til at foretage målinger 1-2 gange ugentligt.

### 8.7.3. Afslutningssamtale vedr. hjemmemonitorering

Der kan afholdes en afslutningssamtale. Som udgangspunkt forventes det telemedicinske tilbud at fortsætte, så længe borgeren har gavn af det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået. Borgeren kan dog afsluttes:

- efter eget ønske
- hvis inklusionskriterierne ikke længere opfyldes
- ved død
- hvis tilbuddet ikke længere giver mening eller opleves værdifuldt for patienten eller den sundhedsfaglige vurderer at tilbuddet bør ophøre

## 9. Kompetencer

### 9.1. Kompetencekrav – monitoreringsansvarlig

Oplæring og instruktion af borgeren i forbindelse med opstart og efterfølgende opfølgning på telemedicinske data forudsætter, at de relevante kompetencer er til stede blandt det sundhedspersonale, der skal varetage opfølgningen på borgernes målinger, hvad enten det er i kommune eller på hjertesvigtsklinik.

Det bør være en sygeplejerske eller anden sundhedsfaglig personale med hjertesvigt-erfaring, fx fra ophold på hjertesvigtsklinik, der har ansvaret for instruktion og oplæring af borgeren i forståelsen af sygdommen, og hvordan der handles på data (målingerne), samt for opfølgningen.

Vedkommende bør have følgende sundhedsfaglige kompetencer:

- Viden om hjertesvigt, herunder symptomatologi og håndtering af sygdommen i forbindelse med forværring samt evnen til aktivt at kunne anvende denne viden og handle på den i tilbuddet. Derudover også gerne bred medicinsk viden, da der hos denne patientgruppe ofte optræder multisygdom.
- Sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at kunne tage afsæt i den enkelte borgers behov, forudsætninger og kompetencer og kunne inddrage forskellige former for viden i den sammenhæng.
- Viden om det tværsektorielle rehabiliteringsforløb, jf. de regionale forløbsprogrammer for hjertesygdom, samt viden om øvrige tilbud, der kan være relevante for borgeren, herunder tilbud i regi af patientforeninger, netværkskabelse mv.

Derudover bør vedkommende have følgende tekniske kompetencer:

- Kendskab til telemedicin og erfaring med funktion og anvendelse af det tekniske udstyr (fx tablet, digitalt blodtryksapparat og vægt), og de anbefalede målinger og deres betydning. Informationer skal kunne gengives på en måde, så borgeren får et klart og realistisk billede af, hvad det telemedicinske tilbud omfatter og kræver.
- Kendskab til de hyppigste tekniske udfordringer, borgeren støder på (fx login, opladning af udstyr, batteriskift).

Såfremt ovenstående kompetencer ikke er til stede anbefales det, at der skal være mulighed for at få det nødvendige kompetenceløft, og at dette kan ske tværsektorielt, hvilket kan være med til at understøtte samarbejdet på tværs af kommune, almen praksis og hjertesvigtsklinik.

### 9.2. Kompetencekrav – borger

Borgeren i det telemedicinske tilbud skal:

- Kunne forstå monitoreringsdatas sammenhæng med sygdommens forskellige karakteristika
- Være tryk ved at anvende det tekniske udstyr og kunne besvare symptom-scores
- Kunne sende målinger og registreringer videre og kunne handle på symptomer og ændringer i disse monitoreringsdata, efter aftale med eller i samråd med lægen.
- Følge de aftaler der indgås omkring gennemførelse og opfølgning på monitoreringsdata. Det er således afgørende, at borgeren ved, hvornår monitoreringsdata bliver set og under hvilke omstændigheder borgeren kontaktes.

Det er ligeledes afgørende, at borgeren er bevidst om, hvornår der er mulighed for at kontakte det telemedicinske sundhedspersonale, og hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til almen praktiserende læge, og at borgeren er helt klar over, at de indsendte data ikke erstatter den sædvanlige kontakt til læge.

### 9.3. Uddannelse

Arbejdsgruppen har kigget til det uddannelseskoncept, der er tænkt og udviklet i relation til det telemedicinske tilbud for personer med KOL. På den baggrund anbefales det, at samme uddannelseskoncept anvendes i forbindelse med det telemedicinske tilbud for personer med hjertesvigt. Konceptet er opdelt i tre trin:

- E-læringsmateriale for sundhedspersoner, som enten er en del af tilbuddet eller som skal have kendskab til tilbuddet
- Teknisk undervisning i løsninger for monitoreringsansvarlige
- Tilstedeværelsesundervisning for monitoreringsansvarlige

På nationalt hold er der afsat penge til udvikling af E-læringsmateriale, som kan anvendes på tværs af de fem landsdelsprogrammer.

Den tekniske undervisning i løsninger og tilstedeværelsesundervisning for monitoreringsansvarlige kan udvikles og skitseres, når de tekniske løsninger ligger klar.

## 10. Teknisk set-up og udstyr

Det telemedicinske tilbud understøttes af en fælles national infrastruktur samt tilhørende borger- og medarbejderløsninger.

Som udgangspunkt stilles det nødvendige udstyr til rådighed for borgeren. Såfremt det er teknisk muligt kan borgeren benytte egen vægt og eventuelt øvrigt udstyr, hvis det lever op til de medicotekniske/tekniske krav i forhold til borger- og medarbejderløsninger.

Det anbefales, at det telemedicinske tilbud bør kunne rumme følgende funktioner:

- Fælles oversigt over stamdata mm.
- Målinger og registreringer
- Information og vejledning, der evt kan tilpasses borgerens behov

Derudover skal der kunne fastsættes grænseværdier, som angiver, hvis der skal reageres på data. Ansvaret for at fastsætte grænseværdier er nærmere defineret ovenfor.

Hvis det ønskes, at anvende teletræning som en mulighed skal man være opmærksom at det, stiller særlige krav til udstyret i form af stor skærm mv.



## 11. Tværsektorielle sparringsmøder

Det anbefales, at der i regi af det telemedicinske tilbud etableres tværsektorielle sparringsmøder mellem kommuner, hospital og almen praksis for at styrke samarbejdet på tværs. Her kan konkrete hjertesygge borgere på ugentlig basis drøftes, hvorpå hospital og kommune bliver klogere på hinandens organisering og praksis. Formålet er blandt andet at opnå et bedre forløb for borgeren og styrke de sundhedsfaglige kompetencer i kommunen. Herudover kan de tværsektorielle sparringsmøder give hospitalet bedre indsigt i, hvilke indsatser og tilbud borgeren kan tilbydes i kommunen. Egen læge kan også inviteres med til sparringsmøderne, og der foreligger overenskomstæssige aftaler herved (takster for afregning). De tværsektorielle sparringsmøder kan også anvendes, hvis almen praksis vil konferere en ustabil hjertesvigtpatient.

## **Fælles Telemedicin i Syd**

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat  
Nytov 9  
5500 Middelfart

[Faelleskommunalsundhed.dk](http://faelleskommunalsundhed.dk)

## Medlemmer af arbejdsgruppen vedr. sundhedsfagligt indhold og organisering

NAVN	STILLING	KONTAKTOPLYSNINGER
Inger Munch Lassen	Hjertesvigt- og projektsygeplejerske  Hjertemedicinsk Vejle – Hjertemedicinsk ambulatorium (Sygehus Lillebælt)	Mail: <a href="mailto:Inger.Munch.Lassen@rsyd.dk">Inger.Munch.Lassen@rsyd.dk</a> Tlf: 79 40 63 61
Gitte Bøgsted Prüss	Sygeplejerske  Afsnit for hjertesygdomme (Sygehus Sønderjylland)	Mail: <a href="mailto:Gitte.Bogsted.Pruess@rsyd.dk">Gitte.Bogsted.Pruess@rsyd.dk</a>
Jesper Eilsø	Leder  Sundhedshus Svendborg (Svendborg kommune)	Mail: <a href="mailto:jesper.eilso@svendborg.dk">jesper.eilso@svendborg.dk</a> Tlf: 62 23 40 28 / 51 55 34 53
Lisbeth Antonsen	Speciallæge  Hjertesvigtklinikken (OUH)	Mail: <a href="mailto:lisbeth.antonsen@rsyd.dk">lisbeth.antonsen@rsyd.dk</a>
Ann Dorthe Zwisler	Overlæge  Hjertemedicinsk afdeling B (OUH)	Mail: <a href="mailto:Ann.Dorthe.Olsen.Zwisler@rsyd.dk">Ann.Dorthe.Olsen.Zwisler@rsyd.dk</a>
Birgit Pedersen	Frivillig patientstøtte (Pt. repræsentant - Hjerteforeningen)	Mail: <a href="mailto:bipfaaborg@gmail.com">bipfaaborg@gmail.com</a> Tlf: 24 67 80 60
Kirsten Mikkelsen	Overlæge  Hjertesvigtklinikken (SVS)	Mail: <a href="mailto:Kirsten.Vilain.Mikkelsen@rsyd.dk">Kirsten.Vilain.Mikkelsen@rsyd.dk</a>
Lise Dyhr Berggreen	Hjertesvigtssygeplejerske  Hjerte Ambulatorium (SVS)	Mail: <a href="mailto:Lise.Dyhr.Berggreen@rsyd.dk">Lise.Dyhr.Berggreen@rsyd.dk</a>
Kai Juul	Læggefaglig konsulent Praktiserende læge	Mail: <a href="mailto:d290866@dadlnet.dk">d290866@dadlnet.dk</a>
Mette Hjortebjerg Mikkelsen	Videns ansvarlig hjertekar sygeplejerske  Odense kommune	Mail: <a href="mailto:mehmi@odense.dk">mehmi@odense.dk</a>
Jette Sørensen	Leder  Odense kommune	Mail: <a href="mailto:jets@odense.dk">jets@odense.dk</a>
Maj Vestkær Hansen	Telemedicinsk sygeplejerske  Esbjerg Kommune, Fritid Sundhed & Omsorg	Mail: <a href="mailto:mavh@esbjerg.dk">mavh@esbjerg.dk</a>
Johanne Østerbye	Programleder & Sundhedskonsulent  Middelfart Kommune	Mail: <a href="mailto:Johanne.osterbye@middelfart.dk">Johanne.osterbye@middelfart.dk</a>



## Kommissorium for forundersøgelse vedr. forebyggelse af benamputationer

### Baggrund

I 2022 viste en rapport fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udviklingen i antallet af amputationer og amputationsforebyggende indgreb i Danmark fra 2016 til 2021. Rapporten viste en stigende forskel på andelen af benamputationer i regionerne. De geografiske forskelle betyder, at vi kan gøre noget bedre, fordi vi kan lære af dem, der gør det godt.

På baggrund af rapporten er der behov for at arbejde med kvaliteten inden for området, og for at arbejde målrettet med at reducere antallet af amputationer. Rapporten har bl.a. skabt fokus på betydningen af forebyggende behandling, idet forebyggelse og tidlig opsporing er væsentlige tiltag til at forebygge amputation. Det gælder både de generelle forebyggelsesråd om fokus på rygestop, motion og eventuelt vægttab samt forebyggende indsatser og tidlig opsporing af sår og åreforkalkning. Det er væsentligt, at borgerne er opmærksomme på gangudløste smerter, der kan være det første symptom på åreforkalkning i benene, og søger læge.

Den tidlige opsporing foregår både i primærsektoren, det vil sige i almen praksis, hos de privatpraktiserende fodterapeuter og kommunerne, f.eks. i hjemmeplejen og på plejehjem, og på sygehusene. Der er samtidig evidens for, at superviseret gangtræning kan have samme effekt som karkirurgiske indgreb, hvor superviseret træning kan være det omkostningseffektive redskab sammenlignet med karkirurgi.

Samlet set betyder det, at der er behov for en forundersøgelse med fokus på undersøge potentialer og udfordringer i et tværsektorielt samarbejde, som kan medvirke til forebyggelse af benamputationer. Når forundersøgelsen er gennemført, besluttes den eventuelle fortsættelse af arbejdet, hvortil der kræves et nyt kommissorium og evt. gen-bemanning af arbejdsgruppen.

### Formål med initiativet

Formålet er at afdække mulighederne for et fremadrettet tværsektorielt samarbejde om at forebygge benamputationer.

Afdækningen skal bestå af en beskrivelse af aktuelle målgrupper, aktører og arenaer, ligesom der skal udarbejdes en beskrivelse af muligheder og udfordringer inden for området omkring forebyggelse af amputationer. Arbejdet skal udmunde i en drøftelse vedr. et eventuelt fremtidigt samarbejde om forebyggelse af benamputation i Strategisk Sundhedsstyringsgruppe.

### Leverancer

De konkrete leverancer er følgende:



1. **En beskrivelse af målgrupper, aktører og arenaer for indsatsen.** Beskrivelsen kan omfatte en beskrivelse af en eller flere risikogrupper og kan have fokus på særlige målgrupper ud fra et perspektiv om ulighed i sundhed.
2. **En beskrivelse potentialer og udfordringer inden for området,** dvs. en beskrivelse af de elementer og forhold, der skal afdækkes og tages højde for i tilrettelæggelsen af et eventuelt fremtidigt samarbejde om forebyggelse af benamputationer.

### **Organisation samt procesplan**

Der er lagt op til, at dette arbejde som beskrevet ovenfor indgår som et led i en længerevarende proces i regionen i relation til sygehusene indsatser. I det indledende arbejde, som er beskrevet i dette kommissorium, er der lagt op til en kort proces, hvor opgaverne styrer møderne og mødehyppighed. Sekretæren arbejder mellem møder, og udarbejder på bagkant af møderne udkast som sendes til gruppen til skriftlig kommentering.

Møder afholdes som udgangspunkt som videomøder. Medlemmerne skal forvente tre til fem møder af én times varighed.

Såfremt der afholdes tre møder foreslås følgende indhold:

Møde 1: Introduktion til opgaven og drøftelse af kommissoriet.

Drøftelse af mulige målgrupper.

Brainstorm på elementer, der skal tages højde for i et eventuel fremtidigt samarbejde med fokus på potentialer og udfordringer.

Møde 2: Videreudvikling af beskrivelsen af målgrupper, potentialer og muligheder.

Møde 3: Færdiggørelse af de to leverancer og afslutning af arbejdet.

Arbejdsgruppen konstitueres med en regional og en kommunal formand, samt en sekretær som er ansvarlig for fremdrift, mødeindkaldelser, dagsordener og skriveproces. Der lægges op til et formandskab på direktørniveau.

Medlemmerne i arbejdsgruppen:

- En regional og en kommunal repræsentant på chefniveau fra hver af de fire sundhedsklynger.
- En repræsentant for almen praksis.
- Fageksperter ad hoc.

Arbejdsgruppen er forankret under Strategisk Sundhedsstyregruppe i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023. Den udarbejdede kortlægning skal drøftes i Strategisk Sundhedsstyregruppe. Målet er at dette kan ske på mødet i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 22. marts 2023.

## Afdækning af superviseret gangtræning

Antal tilbagemeldinger total: 19

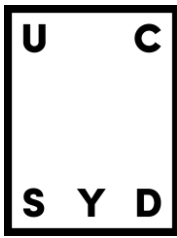
Tilbud, ja: 10

Tilbud, nej: 9

*Dog er der flere kommuner, som imødekommer indsatsen i en genoptræningsplan eller tilsvarende indsats.*

	Kommune	Har et tilbud	Detaljer
1	Assens	Nej	Hvis borgeren kommer med en genoptræningsplan, vil vi så vidt det er beskrevet i planen tilbyde det.
2	Billund	Ja	Samarbejder med SLB. Oplever venteliste på holdene og har derfor indkøbt løbebånd.
3	Esbjerg	Nej	
4	Fanø	Ja	Fanø Kommune har tilbud om superviseret gangtræning – ligeledes i samarbejde med Kolding Sygehus. Borgerne henvises fra sygehuset eller egen læge.
5	Fredericia	Ja	Har et samarbejde med SLB.
6	FMK	Nej	
7	Haderslev	Ja	Vi har et tilbud i samarbejde med Sygehus Lillebælt. Vi har løbende 2-3 hold kørende med superviseret gangtræning og hjælper gerne med viden eller andet der er brug for.
8	Kerteminde	Nej	Vi er som kommune ikke stor nok til at drive med et tilbud til denne målgruppe. Hvis vi modtager en genoptræningsplan tilbydes de træning på lige fod med øvrige som tilbydes genoptræning.
9	Kolding	Nej	
10	Langeland	Ja	Vi har ikke et fast tilbud omkring superviseret gangtræning til borgere med åreforsnævring/forkalkning(caudication intermittens), da vi ikke har så mange borgere med denne udfordring. Vi sørger for at de får superviseret gangtræning i deres genoptræning.
11	Middelfart	Ja	Samarbejde med SLB. Borgere henvises fra sygehus eller egen læge.
12	Nordfyns	Nej	
13	Nyborg		
14	Odense	Nej	I Odense Kommune har vi ikke en indsats "superviseret gangtræning", men vi modtager enkelte genoptræningsplaner for borgere i målgruppen. Borgerne får et relevant genoptræningsforløb.

15	Svendborg	Nej	Har ikke et tilbud. Men vil gerne løse opgaven, skulle det besluttes at opgaven overdrages.
16	Sønderborg	Nej	% tilbud.
17	Tønder	Ja	Et tilbud til disse borgere i Træningsafdelingen.
18	Varde	Ja	Vi har aftalt at sygehuset (Kolding karkirurgisk ambulatorium + Esbjerg sygehus) kan sende patienterne til superviseret gangtræning hos os på en GOP §140 – vi er usikre på, hvor mange vi får.
19	Vejen	Ja	Samarbejde med Kolding Sygehus, inspireret af Fredericia.
20	Vejle		
21	Ærø		
22	Aabenraa	Ja	



Dato: 4. november 2022

Sags ID: SAG-2022-03146  
Dok. ID: 3260938

## Partnerskabsaftale - UC SYD, UCL og KKR Syddanmark - endelig version

### Baggrund

Kommunernes mangel på arbejdskraft gør det nødvendigt at øge fokus på uddannelse, rekruttering og fastholdelse. Professionshøjskolerne oplever samtidig en faldende søgning til velfærdsuddannelserne samt et frafald på uddannelserne.

Den demografiske udvikling og de store rekrutteringsudfordringer på velfærdsområderne kræver, at kommunerne og professionshøjskolerne samarbejder om at finde fælles løsninger, så vi også i fremtiden kan uddanne og ansætte dygtige velfærdsmedarbejdere til at løfte de bærende velfærdsopgaver.

Med partnerskabsaftalen fastsættes et forum for løbende strategisk dialog mellem de to professionshøjskoler i Syddanmark og KKR Syddanmark, borgmestre og kommunaldirektører. Dialogen skal skabe rammer for et strategisk samarbejde om specifikke fælles mål på uddannelsesområdet, og samtidig bidrage til bedre deling af viden og erfaringen mellem kommunerne og professionshøjskolerne.

Partnerskabsaftalen modarbejder ikke eksisterende eller fremtidige bilaterale aftaler mellem kommuner og professionshøjskoler, men skal ses som et supplement for at styrke de fælles indsatsområder og bidrage til bæredygtig vækst og udvikling i regionen.

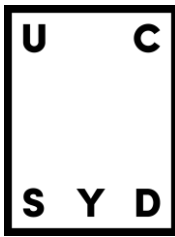
### Formål

Vi er som professionshøjskoler og kommuner i fællesskab optaget af at sikre fortsat rekruttering og fastholdelse, så vi fremadrettet har dygtige medarbejdere til velfærdsområderne i Syddanmark.

Indgåelsen af den strategiske partnerskabsaftale mellem KKR Syddanmark, UCL og UC SYD sker med afsæt i et gensidigt ønske om at styrke indsatsene omkring rekruttering, fastholdelse og overgang til job i Syddanmark.

Partnerskabsaftalen sætter rammen for et styrket samarbejde, med det formål at udvikle og igangsætte konkrete indsats eller projekter, der kan bidrage til at nå vores målsætning.





## Mål

Parterne er enige om følgende tre primære mål:

- Øge søgning og rekruttering til uddannelserne og kommunernes jobområder
- Styrke fastholdelse af studerende i uddannelserne og i professionerne
- Sikre god overgang til job og karriere.

Parterne er tillige enige om at højne fokus på at:

- sikre veluddannet og kvalificeret arbejdskraft i fællesskab - særligt på de uddannelsesudbud, hvor kommunerne er meduddanner
- styrke kvalitetsudviklingen af uddannelsesforløb gennem samarbejde om relevante udbud, samt attraktive studiejob og praktikpladser.
- sikre efter- og videreuddannelsesaktiviteter, der matcher den aktuelle kompetencebehov i kommunernes jobområder
- understøtte gensidig vidensomsætning mellem professionshøjskolerne og kommunerne
- samarbejde om indsatser omkring den grønne omstilling, og indtænke bæredygtighed og innovative klimaløsninger i uddannelserne og studiemiljøet.

## Økonomi / finansiering

Der er ingen økonomisk ramme tilknyttet denne aftale.

Parterne afholder hver især omkostninger forbundet med møder, koordinering og administration af partnerskabet. Konkrete aftaler/projekter, som indebærer et økonomisk mellemværende, udmøntes i kontrakter.

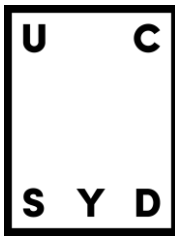
## Organisering og mødefrekvens

Hvert år holdes et møde på borgmester/formandsniveau og et møde på direktørniveau. Møderne afholdes på skift mellem KKR Syddanmark, UCL og UC Syd der også ligeledes varetager fælles sekretariatsbetjening.

Parterne kan løbende aftale at invitere relevante deltagere til partnerskabsmøderne.

For hvert samarbejdsområde aftales separat organisering passende til opgavens indhold og omfang.

Opgaverne forankres om muligt i et eksisterende samarbejdsforum, for så vidt dette er et passende sted for opgavens løsning.



Der nedsættes en styregruppe, der har ansvar for at bidrage til at sikre retning og fremdrift i overensstemmelse med partnerskabsaftalen. Styregruppen består af rektorerne fra UC SYD og UCL samt to kommunaldirektører valgt blandt kredsen af de 22 kommunaldirektører.

Styregruppen sekretariatsbetjenes – ligesom borgmester- og direktørmøderne - af medarbejdere fra UCL, UC SYD og KKR i fællesskab.

### **Aftalens varighed, opsigelse og mulighed for genforhandling**

Aftalen er indgået for en 3-årig periode fra 1. januar 2023 til og med december 2025.

Hver part kan opsiges aftalen med 6 måneders skriftligt varsel. Ved genforhandling følges rammerne for opsigelse af aftalen, dog kan der foretages ændringer i aftalen, såfremt alle parter er indforstået hermed.

Bilaterale projekter med særskilt kontrakt fortsætter, selv om nærværende aftale skulle blive opsagt.

#### **For KKR Syddanmark**

#### **For UCL**

#### **For UC SYD**

---

Formand for KKR Syddanmark  
Johannes Lundsryd Jensen

Formand for UCL  
Poul Erik Madsen

Formand for UC SYD  
Diana Mose Olsen

---

Kommunaldirektør, Esbjerg Kommune  
Rikke Vestergaard

Rektor for UCL  
Jens Mejer Pedersen

Rektor for UC SYD  
Alexander von Oettingen

I notatet præsenteres nøgletal for uddannelserne:

- Folkeskolelærer
- Pædagog
- Socialrådgiver
- Sygeplejerske

I hoveddelen af nøgletallene er de fire uddannelser lagt sammen, for at opnå en datamængde der muliggør en status for hver enkelt kommune i Syddanmark.

Opbygningen i notatet følger den studerendes rejse gennem uddannelsessystemet, samt deres første tid på arbejdsmarkedet.

De fire områder der sættes fokus på i notatet her er:

- Antal ansøgninger
- Frafald / Tilgang
- Ledighed
- Fastholdelse i kommunerne

Under hver tabel er der en forklarende tekst, som et understøttende værktøj til at fortolke tallene.

## Ansøgninger

Tabel 1: Antal af 1. prioritetsansøgninger til de fire store velfærdsuddannelser ved UCL/UC SYD fra kommunerne i Syddanmark.

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Folkeskolelærer, prof. bach.	547	567	553	493	456	360	427	577	569	530	518	548	486	384	
Pædagog, prof. bach.	709	833	1098	1179	1374	1501	1380	1307	1272	1304	1228	1236	1139	907	
Socialrådgiver, prof. bach.	304	359	450	500	621	623	692	766	694	713	652	598	536	471	
Sygeplejerske, prof. bach.	460	510	589	672	833	959	1039	976	996	975	897	869	752	501	
<b>Total</b>	<b>2020</b>	<b>2269</b>	<b>2690</b>	<b>2844</b>	<b>3284</b>	<b>3443</b>	<b>3538</b>	<b>3626</b>	<b>3531</b>	<b>3522</b>	<b>3295</b>	<b>3251</b>	<b>2913</b>	<b>2263</b>	

Herover ses antallet af 1. prioritetsansøgninger til de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD, som kommer fra kommunerne i Syddanmark. Tallene medtæller derfor ikke 1. prioritetsansøgninger til udbud uden for Syddanmark. Yderst til højre kan ses en tendenslinje, som giver et overblik over hvordan 1. prioritetsansøgningerne har bevæget sig over tid.

Tabel 2: Antal af 1. prioritetsansøgninger til alle videregående uddannelsesinstitutioner fra kommunerne i Syddanmark.

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Alle uddannelser	5945	6777	7903	8504	9687	10255	10590	10926	10726	10461	10353	10591	9511	8190	
Andel fire stor velfærdsuddannelser	34%	33%	34%	33%	34%	34%	33%	33%	33%	34%	32%	31%	31%	28%	

Tabellen her viser antallet af 1. prioritetsansøgninger til alle videregående uddannelsesinstitutioner i Syddanmark – dvs. alle **udbud** som kan søges gennem KOT.<sup>1</sup> Ansøgninger til fx erhvervsuddannelserne og kandidater er derfor ikke medtalt. Derudover kan det aflæses hvor mange af 1. prioritetsansøgningerne som der havner hos en af de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD. Fra 2009 til 2022 er 1. prioritetsansøgninger faldet fra en andel på 34% til 28% - altså et fald på -6%.

<sup>1</sup> KOT = Den Koordinerede Tilmelding

Tabel 3: Andel af 1. prioritetsansøgninger fra kommunerne til de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD

1. prioritets ansøgninger	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tendens
Assens	78%	79%	83%	93%	89%	90%	87%	85%	93%	96%	90%	95%	91%	78%	
Faaborg-Midtfyn	87%	91%	88%	85%	94%	89%	95%	88%	90%	95%	97%	86%	88%	83%	
Kerteminde	89%	89%	90%	90%	94%	87%	89%	96%	97%	93%	94%	92%	92%	95%	
Langeland	80%	76%	94%	81%	89%	82%	100%	88%	91%	87%	81%	90%	100%	93%	
Middelfart	89%	79%	81%	80%	85%	84%	91%	86%	86%	83%	78%	85%	76%	78%	
Nordfyn	86%	86%	93%	97%	94%	89%	98%	98%	90%	98%	96%	90%	94%	94%	
Nyborg	94%	88%	91%	88%	83%	87%	79%	84%	87%	87%	90%	87%	85%	83%	
Odense	91%	92%	91%	91%	92%	93%	92%	93%	93%	93%	92%	92%	91%	93%	
Svendborg	89%	82%	82%	80%	86%	89%	88%	90%	88%	88%	91%	92%	89%	96%	
Ærø	88%	73%	80%	73%	60%	83%	89%	69%	93%	93%	91%	86%	88%		
Billund	61%	73%	62%	71%	67%	77%	75%	80%	83%	66%	63%	76%	61%	76%	
Esbjerg	86%	88%	93%	87%	91%	89%	89%	88%	90%	88%	91%	90%	87%	86%	
Fanø			100%		100%	83%	83%					86%			
Fredericia	88%	88%	88%	90%	86%	86%	89%	90%	87%	88%	87%	84%	86%	76%	
Haderslev	79%	81%	78%	81%	75%	88%	84%	86%	79%	88%	90%	83%	79%	75%	
Kolding	84%	81%	83%	82%	84%	82%	86%	86%	86%	85%	85%	82%	83%	82%	
Sønderborg	79%	80%	83%	84%	82%	87%	83%	86%	83%	81%	81%	86%	78%	80%	
Tønder	76%	76%	82%	75%	78%	84%	76%	83%	79%	82%	88%	77%	80%	82%	
Varde	77%	81%	71%	70%	70%	79%	78%	76%	80%	81%	81%	75%	79%	73%	
Vejen	75%	77%	76%	73%	77%	81%	80%	80%	82%	78%	86%	79%	85%	82%	
Vejle	76%	76%	76%	75%	79%	81%	83%	82%	78%	79%	83%	77%	75%	71%	
Aabenraa	84%	81%	83%	87%	90%	86%	89%	85%	83%	88%	85%	84%	83%	86%	

Tabellen herover viser hvor stor en andel af 1. prioritetsansøgerne fra kommunerne i Syddanmark til en af de fire store velfærdsuddannelser forbliver i regionen. Tendensen er, at jo tættere at kommunen ligger på en regionsgrænse, desto mindre andel vælger at sende deres 1. prioritetsansøgning til en af de fire store velfærdsuddannelser i Syddanmark fordi der vælges tilsvarende uddannelsesmulighed i naboregionen.

De blanke felter (i data for Ærø og Fanø) skyldes, at datamængden er så lille (under 5 personer), at personanonymitet ikke kan sikres.

## Frafald

Tabel 4: Frafald på kommuneniveau for de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD

Tilgang, afbrudte efter 1 år (pct)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tendens	Gns, periode 2010-2020
Assens									16,1 %	11,5 %	11,3 %		9,5 %
Billund	27,6 %								17,6 %		15,2 %		12,2 %
Esbjerg	17,4 %	11,9 %	12,2 %	16,0 %	13,2 %	11,1 %	12,2 %	13,0 %	12,3 %	12,3 %	14,7 %		13,4 %
Fanø													14,3 %
Fredericia	11,8 %	14,8 %	11,6 %	13,8 %	13,3 %	14,0 %	17,4 %	16,0 %	17,9 %	10,1 %	10,8 %		13,9 %
Faaborg-Midtfyn	12,0 %	15,5 %	12,2 %		15,9 %		21,3 %	17,2 %	16,2 %	8,9 %	18,2 %		13,4 %
Haderslev	10,2 %	19,1 %	17,0 %	10,3 %	14,6 %	13,8 %	13,5 %	11,5 %	12,4 %	19,1 %	10,1 %		13,9 %
Kerteminde										26,9 %	12,8 %		9,9 %
Kolding	12,3 %	15,2 %	11,9 %	10,7 %	9,2 %	12,4 %	13,9 %	9,2 %	15,9 %	12,2 %	15,5 %		12,7 %
Langeland										35,7 %			11,8 %
Middelfart		18,2 %				13,5 %	20,3 %	13,0 %	14,3 %	13,6 %	18,9 %		12,6 %
Nordfyn	15,2 %						17,9 %				22,5 %		10,9 %
Nyborg		13,9 %				17,9 %	16,3 %	11,8 %	20,4 %	10,9 %			12,3 %
Odense	11,3 %	10,3 %	10,5 %	11,8 %	9,5 %	10,1 %	13,3 %	12,7 %	15,1 %	14,4 %	13,6 %		12,2 %
Svendborg	10,1 %	11,0 %	12,2 %	9,3 %	8,5 %	9,7 %	12,7 %	13,7 %	14,4 %	10,0 %	12,5 %		11,3 %
Sønderborg	16,6 %	17,1 %	17,6 %	13,2 %	13,6 %	12,8 %	10,7 %	11,7 %	16,9 %	14,0 %	14,5 %		14,4 %
Tønder	11,9 %	21,3 %	14,0 %	16,3 %	12,0 %		13,0 %		9,8 %	12,3 %	20,4 %		13,2 %
Varde	7,4 %	11,5 %	13,0 %	14,1 %	12,3 %	13,9 %	12,5 %	7,5 %	9,9 %	6,5 %	8,8 %		10,6 %
Vejen	17,8 %	9,5 %	12,7 %	10,6 %	13,2 %	11,1 %	17,3 %	15,9 %	11,4 %	10,9 %	11,5 %		13,0 %
Vejle	13,7 %	13,2 %	13,0 %	12,2 %	15,0 %	14,7 %	11,7 %	8,2 %	12,6 %	11,6 %	17,3 %		13,0 %
Ærø													12,2 %
Aabenraa	16,4 %	14,4 %	17,9 %	14,3 %	10,3 %	14,1 %	11,8 %	12,7 %	13,5 %	15,2 %	11,6 %		13,8 %
<b>Total</b>	<b>13,0 %</b>	<b>12,9 %</b>	<b>12,2 %</b>	<b>12,2 %</b>	<b>11,1 %</b>	<b>11,6 %</b>	<b>13,3 %</b>	<b>11,7 %</b>	<b>14,2 %</b>	<b>13,1 %</b>	<b>14,0 %</b>		

Tabellen herover viser frafaldet indenfor 1. studieår fordelt på de enkelte kommuner. Enkelte kommunerne er "blanke", da der er færre end fem studerende, som er faldet fra indenfor 1. studieår. Vær opmærksom på - ved læsning og fortolkning af data i denne tabel - at der kan være tale om meget små populationer inden for den enkelte kommune. Derfor er der mulighed for, i tabellen herunder, at se hvor stor tilgangen har været til de fire store velfærdsuddannelser fra hver enkelt kommune. Fx udgjorde studerende fra Assens 53 personer i 2020 – ud af dem stoppede 11,3 % indenfor 1. studieår, svarende til seks studerende.

Tabel 5: Antal der tilgår en af de fire store velfærdsuddannelser på UCL/UC SYD på kommuneniveau.

Tilgang, antal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Assens	38	32	43	39	38	43	41	47	56	52	53
Billund	29	24	30	27	18	37	16	35	34	21	33
Esbjerg	407	395	392	406	380	341	386	392	406	430	469
Fanø						6	5				
Fredericia	102	108	95	87	83	107	109	125	134	109	111
Faaborg-Midtfyn	50	58	49	60	44	44	47	58	74	79	55
Haderslev	118	141	135	107	123	123	156	148	137	141	139
Kerteminde	27	26	26	35	18	31	29	31	35	26	39
Kolding	155	178	176	168	163	170	180	207	220	197	200
Langeland	11	16	7	13	10	8	9	10	15	14	14
Middelfart	33	33	36	38	46	37	59	46	42	44	37
Nordfyn	33	29	35	37	38	23	28	31	21	34	40
Nyborg	35	36	45	41	41	39	43	51	49	55	54
Odense	744	822	828	718	733	772	867	892	887	922	959
Svendborg	129	109	123	118	117	124	71	117	146	130	128
Sønderborg	145	181	148	136	140	164	178	162	130	114	138
Tønder	59	61	43	49	50	45	46	51	51	57	49
Varde	81	78	77	64	65	101	88	93	91	93	68
Vejen	45	74	55	47	53	45	75	69	44	55	52
Vejle	234	234	216	246	214	211	239	269	262	320	306
Ærø		8				7			5		5
Aabenraa	122	104	117	147	126	128	110	142	155	164	164
<b>Total</b>	<b>2602</b>	<b>2749</b>	<b>2683</b>	<b>2589</b>	<b>2503</b>	<b>2606</b>	<b>2786</b>	<b>2979</b>	<b>2997</b>	<b>3061</b>	<b>3116</b>

## Ledighed

Tabel 6: 4.-7. kvrt. ledighed for de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD og som har bopæl i en kommune i Syddanmark ved fuldførelsestidspunkt.

Ledighedsgrad, gennemsnitlig, 4.-7. kvrt	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tendens
Sygeplejerske, prof. bach.	0,3 %	0,3 %	0,9 %	3,1 %	2,1 %	2,1 %	2,4 %	1,5 %	1,4 %	0,7 %	1,0 %	0,7 %	1,2 %	
Lærer, prof. bach.	2,7 %	3,3 %	5,6 %	11,8 %	13,2 %	15,9 %	9,5 %	5,7 %	5,0 %	7,3 %	8,2 %	9,9 %	13,2 %	
Pædagog, prof. bach.	3,4 %	5,1 %	7,5 %	14,0 %	17,4 %	16,3 %	14,7 %	12,0 %	12,7 %	12,2 %	8,3 %	7,3 %	8,9 %	
Socialrådgiver, prof. bach.	0,8 %	2,2 %	3,5 %	5,8 %	12,9 %	11,2 %	11,4 %	9,4 %	6,3 %	8,3 %	7,3 %	12,3 %	15,0 %	
<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>3,3 %</b>	<b>5,2 %</b>	<b>10,1 %</b>	<b>12,4 %</b>	<b>12,1 %</b>	<b>10,0 %</b>	<b>7,8 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>7,8 %</b>	<b>6,3 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>8,8 %</b>	

Herover ses andelen af nyuddannede som er "langtidsledige" fra de fire store velfærdsuddannelser ved UCL og UC SYD og som samtidig har bopæl i en af kommunerne i Syddanmark. Årene her refererer til studie-fuldførelsesåret. Der sker en stigning i langtidsledige blandt socialrådgiver, samt en begyndende stigning blandt folkeskolelærerne. Tabellen herunder viser de fire store velfærdsuddannelser sammenlagt på kommuneniveau.



Tabel 7: 4.-7. kvrt. ledighed for de fire store velfærdsuddannelser fra kommunerne i Syddanmark fra UCL/UC SYD og som har bopæl i en kommune i Syddanmark ved fuldførelsestidspunkt

Ledighedsgrad, gennemsnitlig, 4.-7. kvrt	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Tendens
Assens	1,1 %	2,2 %	8,3 %	19,5 %	11,7 %	7,4 %	6,3 %	5,6 %	3,1 %	14,3 %	14,3 %	7,8 %	7,9 %	
Billund	1,1 %	2,2 %	0,1 %	15,7 %	11,8 %	12,9 %	2,3 %	6,8 %	0,4 %	1,3 %	3,3 %	0,8 %	3,6 %	
Esbjerg	2,4 %	2,2 %	4,9 %	6,3 %	11,4 %	8,2 %	9,8 %	8,4 %	8,0 %	9,1 %	6,5 %	6,9 %	9,5 %	
Fanø		0,0 %												
Fredericia	3,0 %	1,4 %	4,2 %	6,3 %	10,7 %	13,8 %	7,2 %	8,3 %	8,9 %	8,5 %	9,2 %	6,3 %	11,5 %	
Faaborg-Midtfyn	4,2 %	3,3 %	4,7 %	14,8 %	14,5 %	8,8 %	12,1 %	17,9 %	11,4 %	11,5 %	7,7 %	12,7 %	12,7 %	
Haderslev	1,4 %	5,5 %	5,4 %	8,5 %	19,5 %	12,9 %	9,6 %	7,4 %	4,6 %	4,5 %	8,8 %	7,2 %	9,6 %	
Kerteminde	1,2 %	0,3 %	5,0 %	15,0 %	0,4 %	15,2 %	9,4 %	13,3 %	4,4 %	12,5 %	10,3 %	19,8 %	7,5 %	
Kolding	2,2 %	5,0 %	6,1 %	10,4 %	12,3 %	10,0 %	10,9 %	8,5 %	9,2 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	9,4 %	
Langeland	4,7 %	0,8 %	11,4 %	21,6 %	0,0 %	12,3 %		7,9 %	18,8 %	5,3 %	12,6 %	8,1 %		
Middelfart	1,0 %	1,0 %	2,8 %	11,3 %	7,6 %	9,5 %	7,4 %	4,0 %	6,3 %	5,6 %	3,6 %	4,1 %	6,5 %	
Nordfyn	3,3 %	5,9 %	4,8 %	15,5 %	26,9 %	8,1 %	9,0 %	23,5 %	5,8 %	6,4 %	4,0 %	11,2 %	6,0 %	
Nyborg	3,3 %	3,2 %	6,6 %	7,0 %	4,3 %	15,6 %	6,3 %	7,1 %	8,4 %	3,5 %	6,2 %	3,5 %	9,2 %	
Odense	4,0 %	4,0 %	6,6 %	10,1 %	13,6 %	14,7 %	11,4 %	7,5 %	7,7 %	9,6 %	6,1 %	7,1 %	8,9 %	
Svendborg	3,1 %	4,5 %	4,5 %	17,7 %	16,4 %	18,9 %	13,2 %	8,4 %	8,3 %	7,7 %	4,9 %	4,3 %	7,9 %	
Sønderborg	0,5 %	1,3 %	3,3 %	11,6 %	9,2 %	6,6 %	10,7 %	8,2 %	5,9 %	3,7 %	6,2 %	5,8 %	10,3 %	
Tønder	0,7 %	2,8 %	4,9 %	10,5 %	10,5 %	7,0 %	8,9 %	5,5 %	2,8 %	4,5 %	2,3 %	5,1 %	8,4 %	
Varde	0,3 %	5,9 %	4,6 %	10,4 %	6,8 %	11,3 %	5,6 %	4,1 %	9,5 %	7,7 %	2,4 %	8,1 %	8,1 %	
Vejen	0,8 %	2,8 %	0,7 %	4,3 %	9,9 %	12,2 %	6,1 %	6,6 %	8,2 %	3,6 %	5,3 %	6,2 %	6,5 %	
Vejle	1,0 %	2,0 %	2,8 %	8,4 %	9,2 %	10,9 %	5,8 %	5,7 %	5,6 %	4,9 %	5,3 %	4,5 %	5,9 %	
Ærø													9,8 %	
Aabenraa	2,2 %	3,0 %	10,6 %	12,2 %	13,1 %	8,4 %	14,4 %	7,3 %	5,8 %	9,0 %	6,3 %	9,2 %	9,6 %	

Herover ses andelen af nyuddannede som bor i Syddanmark og er "langtidsledige" efter endt studie på de fire store velfærdsuddannelser. Tabellen viser uddannelserne lagt sammen på kommuneniveau. Årstallene refererer til studie-fuldførelsesåret.

## Fastholdelse (Bopæl)

Tabel 8: Andel der bor i en kommune i Syddanmark 7. kv. efter fuldførelse fra de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD.

Fuldførte, bopæl 7kv. efter fuldførelse	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Uoplyst/Ukendt	Søjle
Assens	0%	0%	0%	0%	99%	0%	█
Billund	0%	0%	0%	0%	96%	0%	█
Esbjerg	2%	4%	1%	0%	91%	2%	█
Fanø	0%	0%	0%	0%	88%	0%	█
Fredericia	0%	2%	0%	0%	97%	0%	█
Faaborg-Midtfyn	0%	0%	0%	0%	98%	0%	█
Haderslev	2%	2%	0%	1%	90%	3%	█
Kerteminde	0%	0%	0%	0%	98%	0%	█
Kolding	2%	3%	0%	0%	93%	1%	█
Langeland	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Middelfart	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Nordfyn	0%	0%	0%	0%	97%	0%	█
Nyborg	0%	0%	0%	0%	95%	0%	█
Odense	3%	3%	0%	1%	92%	1%	█
Svendborg	4%	2%	0%	0%	91%	2%	█
Sønderborg	2%	3%	0%	0%	94%	1%	█
Tønder	0%	0%	0%	0%	95%	0%	█
Varde	0%	3%	0%	0%	96%	0%	█
Vejen	0%	0%	0%	0%	96%	0%	█
Vejle	1%	10%	0%	1%	86%	2%	█
Ærø	0%	0%	0%	0%	100%	0%	█
Aabenraa	1%	3%	0%	0%	93%	2%	█
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>92%</b>	<b>1%</b>	█

Langt de fleste som fuldfører en af de fire store velfærdsuddannelser hos UCL og UC SYD og som har som har bopæl i en af kommunerne i Syddanmark forbliver også boende i Syddanmark efterfølgende. 9/10 er stadig at finde i nærområdet 7. kvartaler efter fuldførelse af uddannelsen.

Tabel 9: \* Andel der finder deres første arbejde i Syddanmark 7. kv. efter fuldførelse for de fire store velfærdsuddannelser fra UCL/UC SYD.

Fuldførte	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendens	Gns, periode 2009-2021
Assens	94%	85%	93%	95%	92%	97%	90%	94%	93%	96%	97%	94%	88%		92,8 %
Billund	78%	80%	90%	91%	74%	82%	83%	96%	94%	90%	87%	75%	89%		85,7 %
Esbjerg	92%	91%	91%	89%	91%	90%	88%	89%	94%	93%	91%	88%	82%		90,0 %
Fanø															100,0 %
Fredericia	94%	91%	86%	91%	81%	93%	91%	98%	93%	95%	87%	91%	84%		90,4 %
Faaborg-Midtfyn	95%	98%	93%	88%	97%	97%	94%	95%	94%	100%	90%	89%	86%		93,5 %
Haderslev	99%	87%	92%	84%	95%	91%	92%	88%	93%	89%	84%	84%	88%		89,5 %
Kerteminde	94%	95%	95%	94%	92%	100%	93%	84%	93%	92%	85%	89%	88%		91,6 %
Kolding	89%	93%	94%	89%	89%	93%	95%	96%	90%	87%	88%	86%	84%		90,3 %
Langeland	100%	100%	100%	100%		90%	89%	100%	100%	100%		75%	100%		94,8 %
Middelfart	94%	91%	100%	93%	90%	95%	96%	88%	88%	84%	86%	88%	87%		90,3 %
Nordfyn	100%	87%	85%	80%	94%	93%	89%	97%	93%	84%	95%	87%	88%		90,9 %
Nyborg	85%	80%	79%	70%	91%	83%	91%	78%	83%	77%	90%	85%	74%		81,7 %
Odense	87%	87%	84%	85%	84%	87%	89%	87%	89%	89%	86%	84%	83%		86,0 %
Svendborg	84%	90%	94%	95%	90%	88%	93%	89%	92%	91%	90%	87%	92%		90,3 %
Sønderborg	93%	83%	95%	98%	87%	89%	91%	93%	95%	91%	93%	93%	83%		91,0 %
Tønder	92%	85%	94%	86%	98%	94%	94%	94%	97%	95%	88%	93%	75%		91,5 %
Varde	92%	88%	86%	85%	76%	88%	89%	79%	92%	86%	94%	86%	88%		87,0 %
Vejen	100%	91%	100%	100%	97%	93%	96%	91%	87%	92%	94%	97%	85%		93,2 %
Vejle	76%	76%	75%	82%	70%	80%	83%	84%	79%	80%	79%	75%	73%		77,6 %
Ærø											100%				97,0 %
Aabenraa	86%	80%	85%	91%	92%	88%	99%	93%	93%	89%	89%	96%	89%		90,2 %

Tabellen viser her om der er jobmuligheder, for dem i nærområdet når de færdig med uddannelsen. Langt de fleste finder deres første job i Syddanmark.

# Kommissorium for Sundhedsdirektørkredsen

Revideret, januar 2023

## GRUNDLAG

Sundhedsdirektørkredsen er nedsat efter beslutning på mødet i 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 udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen, kommunernes rolle heri og sammenhængen til de enkelte kommuners sundhedsopgaver 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 mandat for de kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe. De

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 på det 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 på sundhedsområdet.

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

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 niveau af 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 kommuner deltager i nationale udviklingsaktiviteter
- være proaktive i forhold til deltagelse i den nationale meningsdannelse.

## **ORGANISERING**

### **MEDLEMSKREDS**

Sundhedsdirektørkredsens medlemmer består af den øverste chef med beslutningskompetence på 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,
- 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 høringssvar på vegne af de 22 kommuner, der sendes til medlemmernes orientering samtidig med fremsendelsen til modtageren af høringssvaret

## 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 Sundhedsamarbejdsudvalget

## ARBEJDSFORM

Sundhedsdirektørkredsen udøver sin virksomhed i møder. Der afholdes fem møder årligt. Sundhedsdirektørkredsen vedtager en mødeplan for et år af gangen. Møderne afholdes typisk 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. Kredens 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 fælleskommunale sager og en behandling af dagsorden for det kommende møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe.**

Dagsordenen vil bestå af behandling af fælleskommunale sager, strategiske tværkommunale drøftelser og temadrøftelser. Sagerne til møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe behandler formandskabet på formandskabsmødet. Er der relevante sager, som kræver bredere tværkommunal drøftelse, vil disse, af formandskabet, blive dagsordensat til møde i Sundhedsdirektørkredsen.

**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 formandskabets anbefalinger til generel referenceramme/mandat til de kommunale repræsentanter i Strategisk Sundhedsstyregruppe.**

Sundhedsdirektørkredsen har til opgave at gennemgå dagsordenen til møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe forud for mødeafholdelse. Er der kommunale synsvinkler eller bemærkninger til dagsordenen i Sundhedsstrategisk Styregruppe, kan disse skriftligt fremsendes til Fælleskommunalt Sundhedssekretariat, som vil sørge for at formandskabet/de kommunale repræsentanter i Sundhedsstrategisk Styregruppe kan fremsætte dem på mødet. Bemærkninger skal være sekretariatet i hænde senest tre dage før mødeafholdelse i Sundhedsstrategisk Styregruppe

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