Temadrøftelse om ny organisering under Sundhedsaftalen 2024-2027

RESUMÉ

Temadrøftelsen på dette møde er kommunale perspektiver og opmærksomhedspunkter til en ny organisering under den kommende sundhedsaftale. Sekretariatet vil indlede drøftelsen med forskellige bud på, hvordan en ny organisering kan se ud – herunder hvilke udfordringer og muligheder, der er ved disse – hvorefter kredsen drøfter, hvilke kommunale perspektiver de ser i en ny organisering.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter muligheder og udfordringer for kommunerne ved de forslåede modeller

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

I forbindelse med udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale, skal der vedtages en ny administrativ organisering, der kan sikre målopfyldelse af sundhedsaftalens politiske målsætninger.

Strategisk Sundhedsstyregruppe har løbende det sidste år drøftet den nuværende organiseringen under Sundhedsaftalen 2019-2023, og i september 2022 var følgegrupperne og kompetencegrupperne inviteret til et halvdagsseminar med Strategisk Sundhedsstyregruppe, hvor udfordringerne ved den nuværende organisering blev drøftet. I kølvandet på den drøftelse blev det aftalt, at der skulle arrangeres et 12-12 seminar i foråret 2023 for strategisk Sundhedsstyregruppe, hvor organiseringen under den kommende sundhedsaftale drøftes og besluttes.

Fokus for drøftelsen

Forud for drøftelsen i Strategisk Sundhedsstyregruppe er der behov for, at kommunerne tager en indledende drøftelse af, hvilke forbehold og ønsker man fra kommunal side har i forhold til en kommende organisering under Sundhedsaftalen 2024-2027.

På mødet vil sekretariatet indlede punktet med en præsentation af forskellige modeller for organisering (med inspiration fra hvordan de har organiseret sig i de øvrige regioner), herunder en tydeliggørelse af fordele og ulemper ved de forskellige modeller

Derefter vil der være en åben drøftelse af, hvad Sundhedsdirektørkredsen ser af muligheder i de præsenterede modeller – og om der eventuelt er andre mulige organiseringer end de skitserede.

Accelererede og ukoordinerede udskrivninger

RESUMÉ

Formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen har på seneste møde, drøftet problemstillingen om accelererede og ukoordinerede udskrivninger, som blev rejst i K22 og kort drøftet på det seneste møde i Sundhedsdirektørkredsen.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Kommunerne oplever i højere grad udfordringer med hurtigere og uplanlagte udskrivninger. Konkret ses en øget lukning af sengeafsnit på flere sygehuse og som konsekvens heraf en stigning i udskrivninger. Årsagen til at sygehusene lukker sengeafsnit bunder primært i udfordringerne med at rekruttere relevant arbejdskraft.
For at få et bedre billede af problematikken har de syddanske kommuner givet en tilbagemelding på, om kommunerne oplever accelererede og ukoordinerede udskrivningsforløb fra sygehusene, som afviger fra normalen.

Tilbagemelding fra kommunerne

De syddanske kommuner har, i en hurtig rundspørge (februar 2023), givet tilbagemeldinger på oplevelser med de accelererede og ukoordinerede udskrivninger. 20 kommuner har meldt tilbage og heraf svarede 18 at de oplever accelererede og ukoordinerede udskrivninger.
Kommunerne beskriver, at der generelt er udfordringer med ukoordinerede og accelererede udskrivningsforløb. Kommunerne oplever at borgerne ikke er færdigbehandlede ved udskrivning og at de dermed har brug for mere kommunal hjælp og efterspørger aflastningspladser. Med de accelererede udskrivninger oplever kommunerne også en øget grad af genindlæggelser, fordi borgerne ikke er færdigbehandlede.
Ofte udskrives borgere uden forløbsplaner og uden de nødvendige remedier og medicin. Kommunerne bruger dermed ekstra tid på koordinering med sygehus og almen praksis for at afklare behov og videre forløb.
Kommunerne kan konstatere, at aftaler i SAM:BO i flere tilfælde ikke overholdes. Medarbejdere på sygehusene kender ofte ikke aftalerne i forbindelse med en udskrivning. Der er brug for at sikre udbredt viden om SAM:BO hos alle, der udskriver en borger, herunder en sikring af, at man lever op til forpligtelserne i aftalerne inden udskrivningen gennemføres.

Kommunerne oplever typisk følgende udfordringer:

- Borgere udskrives med komplekse eller uklare behov
- Manglende eller mangelfuld behandlingsplan
- Mangelfuld plejeforløbsplan
- Udskrivelsesrapport mangler eller er mangelfuld

- Medicin mangler, og det fælles medicinkort FMK er ikke opdateret
- Udskrivelser med ingen eller kort varsel
- Borger og pårørende får ikke besked om udskrivelse
- Varsling om udskrivelse ændres
- Borgeren er ikke færdigbehandlet med genindlæggelser til følge
- Behandlingsansvaret er uafklaret eller utydeligt

Formandskabets drøftelse og beslutning
Formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen har med udgangspunkt i ovenstående tilbagemelding, drøftet hvad den videre proces skal være i forhold til at præsentere problemstillingen for regionen.
Formandskabet drøftede at der mangler et veldokumenteret datagrundlag der viser en stigning i accelererede og ukoordinerede udskrivninger.
Det blev derfor besluttet at sekretariatet skriver en henvendelse til tværsektoriel afdeling i regionen, på vegne af kommunerne, hvor der gøres opmærksom på problemstillingen og efterspørges regionale data, for eksempel antallet af §140 genoptræningsplaner, der kan understøtte den bevægelse, som kommunerne oplever.
Hvis data underbygger den tendens, som kommunerne oplever, inviterer Formandskabet til dialog om en fælles løsning.

Formandskabet holder løbende Sundhedsdirektørkredsen orienteret om dialogen med regionen.

Dialogmøde mellem PLO-Syddanmark og Sundhedsdirektørkredsen

RESUMÉ

På møde i Sundhedsdirektørkredsen den 22. marts 2023 deltager formandskabet for PLO-Syddanmark den sidste halve time.
Formålet er at styrke samarbejdet mellem parterne gennem orientering og drøftelser af for begge relevante emner.

Der er afsat 30 minutter til dialogmødet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter nedenstående dagsorden med PLO-Syddanmark

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Formandskabet for PLO-Syddanmark og Sundhedsdirektørkredsen (tidligere Sundhedsstrategisk Forum) har tidligere mødtes og drøftet for begge parter relevante emner. Seneste dialogmøde var den 12. januar 2021. Referat fra sidste dialogmøde er vedhæftet som bilag. Der var enighed om, at der fremadrettet bør være dialogmøder mellem parterne, da samarbejdsfladerne mellem almen praksis og kommunerne fortsat bliver større og det dermed er relevant med et godt kendskab og samarbejde. Derfor deltager PLO-Syddanmark på møde i Sundhedsdirektørkredsen den 22. marts 2023. Der afsat 30 minutter til dialogmødet. Temaerne for dialogmødet er drøftet i Formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen og med PLO-Syddanmark.

På mødet deltager følgende fra PLO-Syddanmark:

- Birgitte Ries Møller, formand
- Michael Haslund, næstformand
- Jens Hartvig Skov, Sekretariatschef

Dagsorden

- Arbejdet med implementering af Regeringens Akutplan for sundhedsvæsenet, herunder 72. timers behandlingsansvar
    - *Der skal igangsættes et arbejde med at tilpasse Region Hovedstadens model for udvidet behandlingsansvar til den syddanske kontekst.*
- Samarbejde om dosisdispensering
    - *Den 14. marts 2023 har Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO indgået en aftale om dosisdispensering. Aftalen løber indtil udgangen af 2024, hvor den nuværende overenskomst udløber (aftaletekst vedlagt som bilag).*
- Samarbejdet med kommunens akutfunktioner i dagtid og vagttid

- Anvendelsen af videokonsultationer

Bilag

- Referat fra seneste dialogmøde den 12. januar 2021
- Aftaletekst om dosispakket medicin

Orientering om Formandskabets gensidige præsentation og drøftelse med formandskabet for PLO Syddanmark den 12. januar 2021

Dagsordenen indeholdt:

- Gensidig præsentation
- Orientering om ny overenskomst for almen praksis fra 2022
- Orientering om og drøftelse af vagtlægeordningen i Syddanmark
- Henvisningspraksis til vederlagsfri fysioterapi (*Dette nåede ikke at blive behandlet)*
- Dosisdispensering
    - Ny midlertidig aftale til hjælp til håndtering af COVID-19
- Aflønning af KLU-møder
- Eventuelt?

Fra PLO-S deltog:

- Formand i PLO-S: Birgitte Ries Møller
- Næstformand: Michael Haslund
- Sekretariatschef: Jens Hartvig Skov

Nedenfor findes en opsummering af de drøftelser, der foregik på mødet i Formandskabet den 12. januar:

Orientering om ny overenskomst for almen praksis fra 2022
Birgitte Ries Møller indledte punktet med en gennemgang af de større elementer i overenskomsten, som har snitflade og samarbejde med kommunerne. Herunder blev der nævnt: faste læger tilknyttet plejecentre, sundhedstjek for borgere på botilbud, kommunikation med sundhedsplejen og PPR og samarbejde med den kommunale akutsygeplejerske (alternativt akutfunktion).

Vedr. faste læger tilknyttet plejecentre
I overenskomsten er der en målsætning om, at 80% af plejecentrene får tilknyttet en fast læge til rådgivning. At få tilknyttet læger, er en fælles forpligtigelse mellem PLO og kommunerne. Formandskabet anmodede om et notat fra PLO-S, som kommunerne kan anvende til at få dialogen i gang med lægerne i kommunen og dermed bidrage til at sikre dækningen. Så snart det er sekretariatet i hænde, rundsendes det til kommunerne. PLO-S vil udbrede budskabet om faste læger gennem nyhedsbreve og møder gennem møder i PLO-kredse.

Bagom-telefonnumre
Ifm. samarbejdet med den kommunale akutsygepleje/akutfunktion, skal de praktiserende læger i regi af KLU i kommunerne udlevere bagomnumre på de praktiserende læger i kommunen. PLO-sekretariatet udsender opgaven hermed til de lokale KLU-repræsentanter.

De praktiserende læger ønsker ligeledes muligheden for at kunne kontakte akutsygeplejersken/akutfunktionen. Det aftales, at denne tages op i de lokale KLU'er.

Lægevagtsordningen i Syddanmark
PLO-S orienterede om, at de ikke længere kunne se sig ind i den nuværende aftale for lægevagten i Syddanmark. Den nuværende aftale trådte i kraft 1. december 2014. PLO-S bemærkede bl.a. at

der er en ressourceudfordring ift. at rekruttere læger og at der i de andre regioner ikke er så mange decentrale lægevagtskonsultationer. Forhandlinger om en ny aftale vedr. lægevagten i Syddanmark påbegyndes i marts 2022. En tilrettelæggelse af lægevagten sker i samarbejde mellem regionen og de praktiserende læger.

Vedr. de lukkede lægevagtskonsultationer i Syddanmark (mere information herom i punkt 7 på nærværende dagsorden): Håndteringen heraf foregår i K22 og KKR, som behandler sagen på deres møder i slutningen af januar 2022.

Dosisdispensering
Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har den 10. december 2021 indgået en covid-aftale med PLO om dosispakket medicin til borgere tilknyttet den kommunale hjemmepleje, sygepleje eller plejehjem og botilbud i en midlertidig aftale under COVID-19. Aftalen er midlertidig med udløb den 1. april 2022. Formålet med aftalen er, at praktiserende læger hurtigst muligt påbegynder dosispakket medicin for borgere i stabile medicinforløb, så der kan frigøres medarbejderressourcer i en periode.
.

PLO-S bemærker til aftalen, at det for de praktiserende læger en tung administrativ opgave at omlægge en borger til dosispakket medicin. Formandskabet påpeger, at det er et stort kommunalt ønske og det bidrager til patientsikkerheden. Dialogen med lægerne ift. at omlægge en borger til dosispakket medicin foregår lokalt.
Aflønning af KLU
Formandskabet bemærkede til PLO-S, at aflønningen foregår lokalt.

Eventuelt
PLO-S opfordrer kommunerne til at øge anvendelsen af kontaktlæge App'en. Den kan f.eks. anvendes til virtuelle konferencer hos en borger. I Syddanmark eksisterer der en lokalaftale som muliggør, at almen praksis kan anvende videokonference med kun to deltagere. Se lokalaftalen her: Ny ramme for anvendelse af 4435 - videokonference - sundhed.dk.

Kommunerne bemærkede, at funktionen med at tilgå video via et link i stedet for en App, havde vist sig mere brugbart i praksis, som også er kendt fra lægevagten. Men PLO-S gjorde opmærksom på, at det er Region Syddanmark, der har opsagt muligheden for at udsende en SMS med link til video. Region Syddanmark arbejder på en ny løsning, så den kan genintroduceres. PLO-S og Formandskabet var enige om, at rette henvendelse til Praksisplanudvalget med anmodning om en tidsplan for genindførslen af SMS med link til at tilgå video.

Der var enighed mellem PLO-S og Formandskabet om, at samarbejdsfladerne mellem almen praksis og kommunerne kun bliver større og det dermed er relevant med et godt samarbejde. Det blev besluttet, at PLO-S og Formandskabet mødes til gensidig orientering og drøftelser for begge parter relevante emner igen. PLO-sekretariatet og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat koordinerer herom.

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

RLTN

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

OK-Nyt – Praksis nr. 009-23

14-03-2023
EMN-2021-01494
1613854
Jane Holm

Aftale om opstartshonorar for dosispakket medicin

PLO og RLTN har den 14. marts 2023 indgået aftale om at fortsætte ydelsen om opstart af dosispakket medicin. Honoraret er aftalt til 450 kr. (okt. 21 pl), og indeholder opstart samt efterfølgende ændringer i den dosispakkede medicin. Ydelseskoden er fortsat 4500.

Aftalen er gældende med virkning fra 1. marts 2023 og skal som led i de kommende overenskomstforhandlinger tages op på ny. Hvis der sker ændringer i reglerne omkring dosispakning, fx ændrede faglige retningslinjer eller lovgivning, er parterne desuden enige om at drøfte aftalen igen.

Aftalen er vedlagt.

Med venlig hilsen

Jane Holm
Chefrådgiver

REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

RLTN

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

EMN-2021-01494

1498011

Jane Holm

Aftale mellem PLO og RLTN om dosispakket medicin til relevante patienter, dog særligt patienter med hjælp fra hjemmeplejen

§ 1 Baggrund og formål

Formålet med denne aftale er at bidrage til udbredelsen af dosispakket medicin. Dermed bidrager almen praksis til at frigøre medarbejderressourcer i kommunerne ved at iværksætte dosisdispensering for særligt patienter, som modtager hjælp fra den kommunale hjemmepleje, samt evt. andre patienter, således at disses behov for kommunal hjemmepleje kan udskydes.

§ 2 Ydelsens målgruppe

Aftalen vedrører gruppe 1-sikrede patienter.

Det er udgangspunktet, at det er den læge, som patienten er tilmeldt, som iværksætter og vedligeholder forhold i relation til dosisdispensering. Dog kan andre end patientens egen læge opstarte dosispakning og lave ændringer.

Midlertidige og akutte medicinske behandlinger bør som udgangspunkt ikke dosispakkes.

Vurdering af om patienter er egnede til dosisdispensering skal følge de til enhver tid gældende faglige retningslinjer. Følgende kriterier er vejledende:

- Patienter, som modtager hjælp til medicin dispensering fra den kommunale sygepleje, hjemmepleje, plejehjem, botilbud o.lign.
- Patienter, som ikke modtager kommunal hjælp til medicindispensering, men som pga. compliance og patientsikkerhed kan have gavn af dosispakning, og derved kan udskyde behovet for hjælp fra sygeplejen eller hjemmeplejen.
- Patienter, som er i et stabilt behandlingsforløb uden forventning om nært forestående ændringer i medicinen. Det er ikke en forudsætning, at en borgers medicin har været stabil seneste f.eks. 3-6 måneder. Den fremadrettede forventning om nært forestående ændringer/status quo er afgørende for vurderingen.

- Patienter, som typisk er i behandling med mindst 3-4 lægemidler, som er egnet til dosispakning, dvs. tabletter/kapsler til indtagelse gennem munden. Behandling med lægemidler, som ikke kan dosispakkes, fx væsker og stikpiller, skal inddrages i vurderingen i forhold til omfanget/antallet heraf.
- Sidedosering udelukker ikke dosispakning. F.eks. hvis patienten har 6 stabile lægemidler og et lægemiddel, hvor doseringen løbende justeres.

Ovenstående kriterier er – med omvendt fortegn, også de forhold som lægen skal iagttage for vurdering af, om dosispakning af patientens medicin skal ophøre.

I forhold til patienter, som indlægges på sygehus (i kortere tid) eller modtager behandling i ambulatorier m.v., er parterne enige om, at det er væsentligt at henlede sygehusenes opmærksomhed på, at det kan få konsekvenser for patienten og det øvrige sundhedsvæsen, såfremt dosispakningen ikke videreføres eller opdateres med relevant medicin. Danske Regioner vil på relevant vis henlede opmærksomheden herpå.

§ 3 Ydelsesbeskrivelse

Lægen vurderer patientens medicinstatus, herunder om patienten er i stabil medicinsk behandling, og hvorvidt borgeren kan have gavn af at få ordineret dosisdispenseret medicin. Såfremt lægen ordinerer dosisdispenseret medicin til patienten, sender lægen en korrespondance til kommunen. Lægen udfører samtidig en medicinafstemning.

Borgeren skal informeres om ordningen, herunder egenbetalingen for dosisdispensering, enten af kommunen eller lægen afhængig af, hvem der iværksætter dosispakning til patienten.

§ 4 Honorering og forholdet til Overenskomst om almen praksis

Opstart af dosispakket medicin honoreres med 450 kr. (okt. 21 pl) og registreres med ydelseskode 4500. I ydelsen er indeholdt efterfølgende ændringer i den dosispakkede medicin. Patienten kan kun tages af dosispakket medicin, hvis der er faglige grunde herfor, jf. § 2. Hvis dosispakket medicin bliver seponeret, og der på ny måtte være indikation for at dosispakke patientens medicin, jf. § 2, kan ydelsen anvendes igen.

Ydelsen kan både afregnes alene og sammen med øvrige ydelser i overenskomst om almen praksis.

Ydelsen reguleres som angivet i § 82 i overenskomst om almen praksis (2022). Tilsvarende finder § 85 i overenskomsten anvendelse for afregning. Ydelsen indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 5 i Overenskomst for almen praksis (2022), ligesom de ikke indgår i opgørelsen i henhold til § 93 i overenskomsten. Endelig finder bestemmelserne i overenskomst om almen praksis vedrørende samarbejdsudvalgenes og landssamarbejdsudvalgets beføjelser tilsvarende anvendelse for denne aftale.

Parterne er enige om, at formålet med nærværende aftale tages op som en del af forhandlingerne om fornyelse af overenskomst om almen praksis, både i relation til drøftelser om en ændret honorarstruktur og drøftelser om tværsektorielt samarbejde, med henblik på at forpligte alle praktiserende læger, med det formål at få de størst mulige samfundsmæssige gevinster ved dosispakket medicin.

Ved ændrede regler for dosispakning er parterne enige om at drøfte aftalen igen, fx ændrede faglige retningslinjer eller ændret lovgivning som vedrører processer om opstart af dosispakket medicin.

§ 5 Ikrafttrædelse og opsigelse

Aftalen træder i kraft d.d., men er gældende med virkning fra 1. marts 2023.

Aftalen kan opsiges med tre måneders varsel.

København den 14. marts 2023

For Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Heino Knudsen
Formand

For Praktiserende Lægers Organisation

Jørgen Skadborg
Formand

Drøftelse af muligheder for tværsektorielt samarbejde om unges seksuelle sundhed og trivsel (SSS)

RESUMÉ

I samarbejde med kommunerne Fredericia, Vejle, Odense, Varde og Esbjerg driver Region Syddanmark aktuelt fem klinikker for seksuel sundhed, hvor formålet er at styrke unges seksuelle sundhed og trivsel. På baggrund af en evaluering, der blev gennemført i efteråret 2022, ønsker regionen at invitere alle kommunerne ind i en drøftelse af, hvordan der fremadrettet kan samarbejdes mellem kommunerne og regionen om unges seksuelle sundhed samtidig med, at der tages højde for kommunernes eksisterende indsatser.

Hertil kommer, at regionerne står overfor at skulle gennemføre et fælles udbud om test for klamydia og gonorré.

Punktet indledes med, at Anette Stensgaard, Odense Kommune, orienterer om klinikkerne, der er etableret i et samarbejdet mellem Odense Kommune og Odense Universitetshospital.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Der har gennem længere tid været et ønske fra regional side om at drøfte en overordnet tværsektoriel tilgang til unges seksuelle trivsel og sundhed da det er et vigtigt tema for Regionen, idet seksuel sundhed er en del af Region Syddanmarks aftale om budget for 2023.
Der er allerede etableret samarbejder med nogle kommuner, og tilbuddene dækker lige nu Sundhedsklynge Fyn, Lillebælt og Sydvestjylland. Da der er tale om tilbud, der skal aftales mellem regionen og den enkelte kommune, ønsker formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen at sagen drøftes ude i de enkelte sundhedsklynger på fagligt strategisk niveau, hvor alle kommuner er repræsenteret.

INDSTILLING

Det indstilles, Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter perspektiverne for tværsektorielt samarbejde om unges seksuelle sundhed og trivsel

---

INDSTILLING

Det indstilles, at den Strategiske Sundhedsstyregruppe

- Drøfter perspektiverne for tværsektorielt samarbejde om unges seksuelle sundhed og trivsel

SAGSFREMSTILLING

Baggrund
Region Syddanmark har sammen med kommunerne Fredericia, Vejle og Odense samt Esbjerg og Varde etableret tilbud til unge om seksuel sundhed. Klinikkernes formål er at styrke unges seksuelle sundhed og trivsel, herunder at forebygge uønsket graviditet, aborter og seksuelt overførte sygdomme. Klinikkerne tilbyder tre primære ydelser: rådgivende samtaler, test for kønssygdomme og prævention.

Økonomi: Kommunerne og regionen finansierer klinikkerne i fællesskab. Dog er der til den seneste klinik, som er etableret i samarbejde med Esbjerg og Varde kommuner, givet et tilskud fra Sundhedsstyrelsen til klinikkens drift ind i 2024.

Foreløbige erfaringer: I efteråret 2022 er klinikkerne, der drives i samarbejde med Fredericia, Vejle og Odense kommuner, blevet evalueret. Evalueringen er vedlagt til orientering. Evalueringen peger på, at klinikkerne er med til at forbedre den seksuelle sundhed blandt de unge. Data viser, at de unge træffer valg, der fremmer deres seksuelle sundhed. Overordnet set ses det i evalueringen, at klinikkerne har bidraget til at fremme seksuel sundhed for unge i de tre kommuner. De unge finder klinikkerne og tilbuddene meningsgivende, værdifulde og tryghedsskabende. Klinikkerne er et attraktivt sted, hvor tværfaglighed og en professionel tilgang udgør en vigtig faktor for, at de unge søger tilbuddet og oplever det inkluderende og giver alle unge under 30 år uanset status og økonomi en mulighed for- og adgang til tidssvarende forebyggelse og sundhedsfremme mht. seksuel sundhed.

Løsning og konsekvenser
Regionen ønsker at invitere kommunerne ind i en drøftelse af, hvordan der fremadrettet kan samarbejdes mellem kommunerne og regionen om unges seksuelle sundhed. I de forskellige tilbud er der mindre indbyrdes forskelle, hvad angår målgrupper, ligesom tilbuddene heller ikke er geografisk dækkende. Det formodes desuden, at alle kommunerne i Region Syddanmark har indsatser målrettet unges seksuelle sundhed. Et eventuelt samarbejde om en fremadrettet indsats bør koordineres hermed.

Hertil kommer, at de fem regioner står over for at skulle gennemføre et fællesregionalt udbud om test for klamydia og gonorré. Det er et initiativ, der er taget i Danske Regioner, og i det regi er det aftalt, at Region Hovedstaden skal stå for et udbud om test. Der forventes et konkret udspil fra Danske Regioner til en aftale efter sommerferien, og det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at beskrive indholdet konkret i tilbuddet til de unge.

Proces
På mødet vil Anette Stensgaard, Chef for Mental trivsel og Sundhedsfremme, Odense kommune, fortælle om de to klinikkers formål og tilbud, som er etableret i hhv. Odense centrum og bydelen Vollsmose. Klinikkerne i Odense blev åbnet i april 2021 og afprøves i en tre årig projektperiode. Oplægget vil være afsæt for en bred drøftelse om perspektiver i det videre, fremadrettede tværsektorielle samarbejde om seksuel sundhed, herunder også opsporing og forebyggelse af seksuelle sygdomme. Der lægges op til en lignende drøftelse på møde i Kommunekontaktudvalget den 21. august 2023.

BILAG
- Evalueringsrapport – Klinikker for seksuel sundhed

KLINIKKER FOR SEKSUEL SUNDHED

Evaluerings-rapport

SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION

Denne evaluering er udarbejdet af Syddansk Sundhedsinnovation på vegne af Region Syddanmark.

Svenja Jaffari, Innovationskonsulent

Carina Lykke Johannessen, Specialkonsulent

Mette Louise Andersen, Grafisk designer

Maj 2022

Syddansk Sundhedsinnovation
Forskerparken 10 G + H
5230 Odense M

Syddansksundhedsinnovation.dk

Tak til alle medarbejdere og unge mennesker, som har bidraget til denne evaluering af klinikker for seksuel sundhed i Region Syddanmark.

Region Syddanmark

Indhold

1. Indledning og baggrund 4

2. Evalueringsdesign og metode 5
2.1. Evalueringens formål 5
2.2. Undersøgelsesdesign 5

3. Læsevejledning og begrebsdefinition 7

4. Samfundsudvikling og seksuel sundhed 8
4.1. Hvad siger forskningen om unges seksuelle sundhed? 8
4.2. Hvilken rolle har klinikkerne ift. samfundsudviklingen? 9

5. Kort præsentation af klinikker for seksuel sundhed 10
5.1. Klinikker for seksuel sundhed 10
5.2. Klinikkernes medarbejdere 10
5.3. Ydelser 11
5.4. Økonomi 12
5.5. Ungekarakteristik og kvantitativ data 13

6. De tre klinikker for seksuel sundhed 18
6.1. UngMod Fredericia 19
6.2. UngSex Vejle 27
6.3. Klinik for Seksuel Sundhed 34
6.4. Samarbejde med praktiserende læger 43

7. Brugerportrætter af unge klienter 45

8. Perspektivering og anbefalinger 50
8.1. Tværsektoriel organisering 50
8.2. Etablering af klinikkerne 50
8.3. Det relationelle 51
8.4. Kompetenceudvikling 52
8.5. Klientrettet formidling 53
8.6. Praktiserende læger 54

9. Konklusion 55

10. Litteraturliste 57

1. Indledning og baggrund

Region Syddanmark indgår i samarbejde med kommunerne Fredericia, Vejle og Odense i udviklingen af klinikker for seksuel sundhed, som har til formål at forbedre den seksuelle sundhed blandt unge. Hver klinik har deres lokale set-up, der imødekommer konkrete behov og en primær målgruppe.

De unge kan besøge klinikkerne for seksuel sundhed og bl.a. få anonym rådgivning og vejledning, gratis prævention og test for kønssygdomme. Klinikkerne er blandt andet inspireret af lignende tilbud i Herning og Halsnæs, hvor klinikkernes tilbud/ydelser har medført et betydeligt fald i antallet af aborter og uønskede graviditeter hos målgruppen. Erfaringerne fra Herning og Halsnæs viser derudover, at klinikkerne formår at opspore sårbare unge, som ellers ikke tager kontakt til praktiserende læge ift. rådgivning, prævention eller test for kønssygdomme.

I forbindelse med den politiske godkendelse af Klinik for Seksuel Sundhed i Odense Kommune afsatte regionsrådet i Region Syddanmark 250.000 kr. til en evaluering, der skal danne grundlag for en drøftelse af den videre drift og forankring af klinikkerne for seksuel sundhed. Med dette afsæt har Tværsektorielt Samarbejde i Region Syddanmark taget kontakt til Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI) med henblik på et samarbejde omkring evalueringen. I nærværende rapport beskrives indsigterne fra SDSI's evalueringsstudie udført i løbet af foråret 2022.

2. Evalueringsdesign og metode

2.1. Evalueringens formål

Idet klinikkerne for seksuel sundhed skal løfte det ansvar, der ligger imellem hhv. Region Syddanmark og kommunerne for at bidrage til opgaven om at forbedre den seksuelle sundhed blandt unge, er det afgørende, at klinikkerne ved en eventuel fremtidig permanentgørelse forankres i en struktur og form, der imødekommer de unges og medarbejdernes behov og ønsker.

Evalueringen har overordnet til formål at danne grundlag for en drøftelse af den videre drift og forankring af klinikkerne for seksuel sundhed i Fredericia, Vejle og Odense. Desuden skal evalueringen søge at besvare nedenstående evalueringsspørgsmål og afsøge indsigter, der beskriver unge og medarbejders oplevelser i klinikkerne.

Evalueringsspørgsmålene er følgende:

- Hvem er de unge i klinikkerne; herunder kvantitativ data omkring alder, køn, beskæftigelse og henvendelsesårsag?

- Hvordan oplever de unge klinikkens ydelser; herunder rådgivning, test og gratis prævention, og giver den hjælp og vejledning, de modtager, mening for dem? Hvordan oplever medarbejderne samarbejdet i og omkring klinikkernes ydelser?

2.2. Undersøgelsesdesign

2.2.1. Tilgang

Undersøgelsesdesignet for denne evaluering er baseret på en brugerinddragende tilgang for at indsamle de oplevelser, som både unge og medarbejdere har ift. klinikkerne for seksuel sundhed så præcist og realitetsnært som muligt. Der er hovedsagligt anvendt kvalitative metoder som 1:1 interviews og fokusgruppeinterviews, der underbygges af kvantitativ data. De kvantitative data er et udsnit af klinikkernes anonyme registreringer, herunder køns- og aldersfordeling, beskæftigelse og henvendelsesårsag. I den sammenhæng er det væsentligt at bemærke, at de tre klinikker har anvendt forskellige dataindsamlingsmetoder i forhold til de kvantitative data.

Desuden er det vigtigt at understrege, at nærværende afdækning tager udgangspunkt i, at SDSI fik forskellige muligheder for dialog med medarbejdere og adgang til klinikkere, da klinikkernes åbningstider er meget forskellige. Derfor vil der være nuancer i beskrivelserne af de tre klinikker som en konsekvens heraf.

I forbindelse med indsamling af kvalitativ data opstod der et behov for at inkludere yderligere aktører, som er vigtige i det tværsektorielle samarbejde, herunder praktiserende læger, tværsektorielle ledere og konsulenter. De praktiserende læger er udvalgt af Praksisafdelingen i Region Syddanmark. De udgør kun et udsnit af de læger, der er begyndt at henvise til klinikkerne for seksuel sundhed.

På baggrund af afdækningens formål og ovenstående skal udledte indsigter opfattes som et værdifuldt indblik i de oplevelser, som både unge og medarbejdere har ift. klinikkerne.

2.2.2. Metode

Til afdækning af de unge og medarbejdernes oplevelser i klinikkerne er der genereret kvalitativ data gennem interviews og besøg i klinikkerne. Særligt for unge er der gennemført telefoninterviews med henblik på at give dem en tryg platform til at udtrykke deres oplevelser.

Dataindsamlingen er foretaget i perioden januar til april 2022.

Der er gennemført 23 interviews, fordelt som følgende:

Antal	Metode	Hvem
7	1:1 Interviews	Sundhedsfaglige medarbejdere og lægefaglig konsulent i klinikkerne i Odense og Fredericia
1	Fokusgruppeinterview	Sundhedsfaglige medarbejdere og Tværsektoriel leder i Vejle
3	Telefoninterviews	Tværsektorielle ledere/konsulenter
3	Telefoninterviews	Praktiserende læger udpeget via Praksisafdelingen i Region Syddanmark
9	Telefoninterviews	Unge repræsenteret fra alle tre klinikker i hhv. Odense, Vejle og Fredericia

Kvantitativ data er indsamlet via klinikkernes løbende registreringer fra 2019 til 2022. Registreringerne inkluderede bl.a. alders- og kønsfordeling, henvendelsesårsag, beskæftigelse og de ydelser, der er blevet modtaget/henvist til.

Rekruttering af respondenter er foregået gennem Afd. for Tværsektorielt Samarbejde i Region Syddanmark og Sygehus Lillebælt, der har været behjælpelig med kontakt til medarbejdere i klinikkerne. Praktiserende læger er udpeget via Praksisafdelingen i Region Syddanmark, og via medarbejdere i klinikkerne er der udpeget og skabt kontakt til unge.

Indsigter fra afdækningen er løbende blevet dokumenteret og analyseret, for at kunne beskrive specifikke set-ups for de tre klinikker, herunder forskelligheder og opmærksomhedspunkter i forbindelse med etablering og drift. Analysen fokuserede samtidig på særlige karakteristika, som klinikkernes unge har og den værdi som de oplever i forbindelse med klinikkens ydelser. Desuden beskrives medarbejdernes oplevelser i forbindelse med drift og samarbejde omkring klinikkens ydelser.

Alle anvendte citater i denne evaluerings-rapport er godkendt af de interviewede.

3. Læsevejledning og begrebsdefinition

Denne evalueringsrapport beskriver evalueringsstudiet foretaget af SDSI, som omhandlede de tre klinikker for seksuel sundhed i Fredericia, Vejle og Odense.

Rapporten er opbygget således, at læseren i kapitel 4 får et grundlæggende indblik i samfundsudviklingen, der ligger til grund for og har indflydelse på klinikkerne og de unge, efterfulgt af kapitel 5, som er en overordnet præsentation af klinikker for seksuel sundhed, hvor der bl.a. anvendes og perspektiveres kvantitativ data ift. køn, aldersfordeling, beskæftigelse og henvendelsesårsag. Desuden fremlægges et økonomisk overblik over klinikkernes regionale projektudgifter.

I kapitel 6 redegøres for den kvalitative analyse og en detaljeret beskrivelse af de tre klinikker i Fredericia (UngMod Fredericia), Vejle (UngSex Vejle) og Odense (Klinik for Seksuel Sundhed) hhv. med en beskrivelse af historik, tværsektorielt samarbejde og organisering, unge og medarbejderes oplevelser ift. ydelser, formidling og særlige opmærksomhedspunkter. I forlængelse af det beskrives samarbejdet med de praktiserende læger.

I kapitel 7 præsenteres analyseresultatet i form af fire brugerportrætter, efterfulgt af en perspektivering på tværs af klinikkerne ift. den fremtidige forankring og videre drift i kapitel 8. Evalueringsrapporten afsluttes med en konklusion i kapitel 9.

Der anvendes følgende begreber igennem rapporten.

Klinikker for seksuel sundhed	Begrebet anvendes gennemgående som betegnelse for de tre klinikker. Den enkelte klinik benævnes som UngMod Fredericia (Fredericia), UngSex Vejle (Vejle) og Klinik for Seksuel Sundhed (Odense).
Region Syddanmark	Anvendes gennemgående og benævner organisationen Region Syddanmark.
Kommune	Anvendes gennemgående og benævner de tre kommuner, hvori de tre klinikker for seksuel sundhed er placeret. Odense Kommune, Vejle Kommune og Fredericia Kommune.
Unge	Begrebet anvendes ift. de klienter, der gør brug af klinikkens ydelser.
Medarbejdere	Anvendes om de medarbejdere, der arbejder på klinikkerne, herunder sundhedsplejerske, sygeplejerske, jordemoder, sexolog og gynækolog m.fl.
Praktiserende læger	Anvendes ift. de almen praktiserende læger, der er adspurgt i evalueringen.
Tværsektoriel leder/projektleder/konsulent	Anvendes ift. klinikkernes tværsektorielle ledere, projektledere og konsulenter.
Brugerportrætter	Begrebet bruges ifm. visualiseringer af unges karakteristika og behov.
Specialiseret rådgivning	Begrebet bruges ift. rådgivende samtaler når de omhandler specialiserede emner af dybere psykologisk karakter fx kønsidentitet, aseksualitet mv.
PPR	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.
SSP	SSP er et tværfagligt samarbejde mellem Skole, Sociale myndigheder og Politi, som koordineres af et SSP-team.

4. Samfundsudvikling og seksuel sundhed

4.1. Hvad siger forskningen om unges seksuelle sundhed?

Samfundsudviklingen har indflydelse på unges trivsel, mentale og seksuelle sundhed, og meget forskning viser, at der er en stor sammenhæng mellem seksuel sundhed og oplevet livskvalitet. Grundstenen for at skabe seksuel sundhed, dvs. at opleve en fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel omkring sin seksualitet, ligger i en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold og samtidigt med mulighed for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser fri for tvang, diskrimination og vold[1].

Vidensråd for Forebyggelse (2015) peger på, at seksuel sundhed stadig er et underprioriteret emne i klinik, forskning, forebyggelse og sundhedsfremme på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Der er stadigvæk ufuldstændig viden om samspillet mellem sundhed, livsstil og seksualitet hos både mænd og kvinder i det danske samfund. Dette set i lyset af, at seksualitet er en central del af befolkningens selvrapporterede livskvalitet, hvor 9 ud af 10 danskere mellem 16 og 95 år ser det som særdeles vigtigt at have et godt sexliv.[2]

Forskningen viser desuden, at et velfungerende sexliv kan påvirke livsstil i den positive retning og er med til at skabe tilfredsstillende livskvalitet og psykosocial trivsel. For at kunne opnå eller vedligeholde en sund tilgang til og oplevelse af egen seksualitet, bør samfundets individ – unge som gamle – bl.a. besidde selvrespekt, kropslig selvstændighed, viden og handlekompetencer ift. seksuelle områder, have adgang til informationer målrettet forskellige befolkningsgrupper, samt kunne afstemme forventninger og indgå meningsfuldt og sikkert i seksuelt adfærd.[3]

Generelt viser nyeste befolkningsstudier, at et flertal af unge har et aktivt sexliv, men samtidig er forskellige typer af risikoadfærd udbredt blandt unge, og en gruppe af unge syntes at have vanskeligt ved at honorere samfundets krav om refleksivitet, foranderlighed og navigation i sociale landskaber. Dette falder sammen med en generel tendens, at der er et stigende antal unge, som tilhører en særligt sårbar gruppe, som har oplevet uønsket seksuelt adfærd eller på anden måde er socialt udsat, som afføder udfordringer ift. seksuel sundhed. Derfor er det væsentligt at sikre tidssvarende forebyggelse og sundhedsfremme blandt unge ift. deres seksuelle sundhed og psykosociale trivsel.[4]

1 Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk/da/viden/seksuel-sundhed, tilgået d. 28-03-2022

2 Graugaard, C., Klarlund Pedersen, B. og Frisch, M. (2015). Seksualitet og Sundhed, Vidensråd for Forebyggelse, København, s. 1-43.

3 Graugaard, C., Klarlund Pedersen, B. og Frisch, M. (2015). Seksualitet og Sundhed, Vidensråd for Forebyggelse, København, s. 1-43.

4 VOKSEVÆRK, Et signalement af unges seksuelle liv, C. Graugaard, Psyke & Logos (2010)

4.2. Hvilken rolle har klinikkerne ift. samfundsudviklingen?

At være seksuelt sund betyder at opleve fysisk, mental og social trivsel relateret til seksualitet og dækker således begrebsmæssigt over krop, seksualitet, parforhold, selvbestemmelse, sex og fertilitet, bevidsthed om egne grænser samt fravær af seksuelt overførte sygdomme og seksuelle dysfunktioner[5].

Seksuel sundhed dækker således over mere end blot prævention, fravær af sygdom og graviditet. Når der er problemer af seksuel karakter, kan det af forskellige årsager (socialt, økonomisk eller kulturelt) være svært og tabubelagt at henvende sig til praktiserende læge og/eller navigere i sundhedsvæsenets tilbud. Klinikkerne for seksuel sundhed skal på den baggrund imødekomme denne ulighed.

Med afsæt i ovenstående definition arbejder klinikkerne for seksuel sundhed i Fredericia, Vejle og Odense ud fra en helhedsorienteret og forebyggende tilgang til seksualitet.

Klinikkerne er etableret i et velfærdssamfund, der i forvejen har et stærkt fokus på sundhedsfremme og lighed i sundhed. Samtidig svarer klinikkerne ind i den ovennævnte generelle samfundsudvikling, hvor flere og flere unge oplever øget seksuel selvbestemmelse, men også stiller spørgsmålstegn ved selvbillede og kropsidealer.

5 Projektbeskrivelse vedr. etablering af klinikker for seksuel sundhed i Odense, 2020

5. Kort præsentation af klinikker for seksuel sundhed

I dette kapitel præsenteres de tre klinikker for seksuel sundhed, herunder klinikkernes primære medarbejderprofiler, ydelser og økonomi. Der anvendes kvantitativ data til at give et indblik i klinikkernes søgning af klienter ift. køn, alder, beskæftigelse og henvendelsesårsag på tværs af de tre klinikker i Fredericia, Vejle og Odense.

De kvantitative data, som præsenteres i dette kapitel, er baseret på klinikkernes egne registreringer. I denne sammenhæng er det væsentligt at bemærke, at de tre klinikker har anvendt forskellige dataindsamlingsmetoder i forhold til de kvantitative data.

Kapitlet præsenterer ligeledes eksempler på kvalitative fund, som understøtter de kvantitative data, derfor vil der i afsnit 5.5 Klientkarakteristik og kvantitative data fremgå en inkludering af begge typer af data og en perspektivering.

5.1. Klinikker for seksuel sundhed

Klinikkerne for seksuel sundhed er etableret med henblik på at rådgive og vejlede om seksualitet og forståelse for egen krop mfl., samt tilbyde prævention og test for kønssygdomme til unge. Hver klinik varetager kontakten til unge i et konkret lokalområde; hhv. i Fredericia, Vejle og Odense kommune, hvor hensigten er at forbedre den seksuelle sundhed blandt unge uanset køn og seksuel orientering.

5.2. Klinikkernes medarbejdere

Klinikkerne er et tværsektorielt tilbud, hvor både kommunale og regionale medarbejderprofiler er tilknyttet klinikkerne i Fredericia, Vejle og Odense, herunder sundhedsplejerske(r), sygeplejerske(r), jordemoder, sexolog og gynækolog(er). Medarbejderne er tilknyttet klinikken men varetager samtidig deres øvrige opgaver i kommunen eller regionen. I klinikken i Odense er der ansat en projektleder, som er del af den tværsektorielle styregruppe og indrapporterer status på klinikkens fremdrift under projektperioden. Klinikkerne i Vejle og Fredericia har haft en lignende struktur.

5.3. Ydelser

Med afsæt i klinikkerne i henholdsvis Fredericia, Vejle og Odense udbydes der tre primære ydelser, der varetages i et tværgående regionalt/kommunalt set-up. De tre klinikker tilbyder de samme ydelser, men den lokale kontekst har indflydelse på hvilken aldersgrupper der søger klinikkernes tilbud.

De tre ydelser, der tilbydes i klinikkerne, er følgende:

Anonym rådgivning og vejledning

Unge, som besøger klinikkerne, tilbydes personlig og anonym rådgivning og vejledning fx omkring forståelse for egen krop, udvikling og grænsesætning, familieplanlægning og beskyttelse mod graviditet og kønssygdomme, evt. viderehenvisning til sygehuset, den praktiserende læge eller et frivilligt tilbud.

Test for kønssygdomme

I klinikken har unge mulighed for at blive testet for klamydia og gonorré eller få foretaget en graviditetstest.

Gratis prævention

Unge tilbydes en tryg og hurtig vurdering af prævention, fx oplægning af spiral eller p-stav eller udlevering af gratis prævention fx p-piller og kondomer.

5.4. Økonomi

Klinikkerne for seksuel sundhed er etableret og drives i et fællesskab mellem Region Syddanmark og de pågældende kommuner Fredericia, Vejle og Odense. I tabel 1 ses et økonomisk overblik over de regionale projektudgifter for klinikkerne i Fredericia og Vejle. I tabel 2 ses det økonomiske overblik for klinikken i Odense.

Tabel 1 – Regionale projektudgifter Fredericia og Vejle

Regionale projektudgifter	2019	2020	2021	2022
(i kroner)	Regnskab	Regnskab	Regnskab	Budget
UngMod Fredericia				
Opstarts-/engangsudgifter	33.094			
Drift	407.074	464.920	514.715	426.630
UngSex Vejle				
Opstarts-/engangsudgifter	22.546	4.000		
Drift	125.000	374.568	408.744	349.721

Tabel 2 – Regionale projektudgifter Odense

Regionale projektudgifter	2021	2022	2023	2024
(i kroner)	Regnskab	Budget	Budget	Budget
Klinik for Seksuel Sundhed				
Opstarts-/engangsudgifter		250.000		
Drift	898.800	1.198.400	1.198.400	299.600

5.5. Ungekarakteristik og kvantitativ data

Baseret på de kvantitative data, der er indsamlet af klinikkerne, præsenteres i dette afsnit en ungekarakteristik, der belyser de unges køn, alder og beskæftigelse. Derudover beskrives kort de unges henvendelsesårsag.

De kvantitative data baseres på klinikkernes egne registreringer. I denne sammenhæng er det væsentligt at bemærke, at de tre klinikker har anvendt forskellige metoder til kvantitativ dataoptagelse som beskrevet nedenfor.

- I Fredericia har klinikkens medarbejderne registreret data for en række udvalgte indikatorer i et Excel-ark. Data er indsamlet fra marts 2019 til og med marts 2022. I foråret 2021 er registreringen overgået til registrering via SurveyXact. I forbindelse med dette skifte er der ændret svarkategorierne i enkelte indikatorer. Det skal bemærkes, at klinikken løbende har været nedlukket under Covid-19 pandemien, og at der således er måneder, hvor der ikke har været aktivitet i klinikken.

- I Vejle har klinikkens medarbejderne registreret data for en række udvalgte indikatorer i et Excel-ark. Data er indsamlet fra december 2019 til og med marts 2022. Det skal også bemærkes her, at klinikken løbende har været nedlukket under Covid-19 pandemien, og at der således er måneder uden aktivitet i klinikken.

- I Odense er data indsamlet via SurveyXact. Det er medarbejderne i klinikken, der har registreret data for de enkelte unge. Data er indsamlet fra april 2021 til og med marts 2022.

Udover at klinikkerne har anvendt forskellig registreringspraksis, er det også forskelligt, hvilke indikatorer klinikkerne har indsamlet data på. Derudover skal det noteres, at klinikkerne ikke har anvendt den samme ordlyd i de spørgsmål, der er stillet de unge. Derudover har svarmulighederne været forskellige på tværs af klinikkerne. I forbindelse med denne ungekarakteristik har det således været nødvendigt at samle en række af indikatorerne for at sikre et mere sammenligneligt grundlag. Dette gør sig særligt gældende i forhold til de kvantitative data vedr. beskæftigelse.

I alle klinikker er de kvantitative data indsamlet anonymt og er således ikke personhenførbare.

De kvantitative data præsenteres nærmere nedenfor inklusiv en perspektivering ift. eksempler på kvalitative fund, der understøtter de kvantitative data.

5.5.1. Kønsfordeling

Kvantitativ data bekræfter, at en markant større andel af de unge, der søger klinikkerne, er kvinder. Dette bekræftes ligeså via kvalitative fund, hvor kvinder primært søger klinikkerne pga. rådgivning om valg af prævention og adgang til gratis prævention. Der ses en mindre stigning i søgning af mænd, som opsøger klinikken af forskellige årsager, bl.a. er der i de kvalitative fund udtrykt en stigning i henvendelser i åben drop-in, hvor mænd ofte henvender sig for at få foretaget test for kønssygedomme. Klinikken i Odense har iflg. kvantitativ data større søgning af mænd, sammenlignet med klinikkerne i Fredericia og Vejle. Hver klinik adskiller sig tendentielt ift., hvilken form især den rådgivende samtale kan tage, og hvor segmenteret de unge er, og netop klinikken i Odense har henvendelser fra mænd, der søger de rådgivende samtaler ift. spørgsmål om køn og seksualitet. Kvalitative fund

indikerer, at der potentielt er muligheder for at tiltrække flere mænd til klinikkerne, hvilket har opmærksomhed og fokus hos medarbejderne i de tre klinikker.

Antal unge fordelt på køn

Kvinde · Mand · Ikke oplyst

Figur 1 – Odense (N=390)

Data er registreret i perioden april 2021 – marts 2022

Figur 2 – Vejle (N=254)

Data er registreret i perioden december 2019 – marts 2022

Figur 3 – Fredericia (N=430)

Data er registreret i perioden marts 2019 – marts 2022

I Odense har der i alt været 390 unge, der har benyttet klinikken. 84% af disse udgøres af kvinder og 14% af mænd. Kun 3% af de unge har en anden kønsidentitet. Det skal bemærkes, at Odense er den eneste af klinikkerne, der har registreret, hvorvidt de unge har en anden kønsidentitet end mand/kvinde.

I Vejle har der i alt været 254 unge, der har benyttet klinikken. 92% af disse udgøres af kvinder og 8% af mænd.

I Fredericia har der i alt været 430 unge, der har benyttet klinikken. 91% af disse udgøres af kvinder, og 7 procent udgøres af mænd.

Det er således kendetegnende på tværs af klinikkerne, at der er en markant højere andel af kvinder, der anvender tilbuddet. Odense er den klinik, der har haft den største andel af mandlige unge.

5.5.2. Aldersfordeling

Hver klinik adskiller sig ift. de unges alder. Jf. kvantitativ data er der en yngre gruppe af unge i Fredericia og Vejle end i Odense. Klinikken for Seksuel Sundhed i Odense har større søgning af unge over 25 år og derover. Årsag hertil kan bl.a. hænge sammen med, at Odense inkluderer de videregående uddannelser i deres formidlingsindsats, hvilket kvalitative fund bekræfter. Medarbejderne i Odense udtrykker tillige, at der er en større søgning blandt målgruppen 25+, som henvender sig med mere komplekse problemstillinger. Ift. klinikkerne i Fredericia og Vejle er der størst søgning af unge primært i aldersgruppen 16-19 år. Derudover adskiller Fredericia sig med en større søgning af unge i alderen 15 år og derunder. Årsag hertil kan bl.a. være den udgående oplysningsaktivitet i folkeskoler.

Sammenlignes de tre klinikker i forhold til den procentvise aldersfordeling viser data, at der generelt ses en ældre målgruppe i Odense, end der gør i Vejle og Fredericia. I Odense er 29% af de unge 25 år eller derover, mens 43% er mellem 20-24 år. I Odense er det ligeledes værd at bemærke, at kun 2% de unge er 15 år eller derunder. I både Vejle og Fredericia ses den største andel af unge i aldersgruppen 16-19 år (hhv. 63% og 48%), mens den næststørste gruppe i begge klinikker er mellem 20-24 år (hhv. 31% og 36%). I Vejle og Fredericia er der hhv. kun 4% og 3%, der er 25 år og derover.

Antal klienter fordelt på alder

15 og derunder · 16-19 år · 20-24 år · 25 og derover · Ikke oplyst

Figur 4 – Odense (N=388)

Data er registreret i perioden april 2021 – marts 2022

Figur 5 – Vejle (N=243)

Data er registreret i perioden december 2019 – marts 2022

Figur 6 – Fredericia (N=430)

Data er registreret i perioden marts 2019 – marts 2022

5.5.3. Beskæftigelse

Odense er en universitetsby, hvilken afspejler sig i de kvantitative data, der bekræfter, at Klinik for Seksuel Sundhed i Odense har større søgning af unge på videregående uddannelser end klinikkerne i Fredericia og Vejle. Klinikken UngMod Fredericia har størst søgning af unge, der enten går i folkeskole, på en ungdomsuddannelse, eller som er i arbejde. Hvorimod UngSex Vejle primært har søgning af unge, der går på en ungdomsuddannelse. Kvalitative fund indikerer, at diversiteten i den pågældende kommune og klinikkernes tilgang ift. formidlingsindsats har indflydelse på klienternes viden om klinikkerne og ydelserne. Klinikkerne adskiller sig ift. formidling, hvor nogle klinikker primært formidler i folkeskoleregi og på ungdomsuddannelser, mens andre klinikker formidler mere bredt dvs. både i folkeskole, ungdomsuddannelser og på videregående uddannelser. Heraf får det betydning, om en specifik målgruppe har hensigtsmæssig adgang til viden om klinikkerne og deres ydelser.

Antal klienter fordelt på beskæftigelse

Figur 7 – Odense (N=390)

Data er registreret i perioden april 2021 – marts 2022

Figur 8 – Vejle (N=254)

Data er registreret i perioden december 2019 – marts 2022

Figur 9 – Fredericia (N=430)

Data er registreret i perioden marts 2019 – marts 2022

I ovenstående figurer skal det bemærkes, at de unge, der er under erhvervsuddannelse, indgår i de data, der viser unge, der er under ungdomsuddannelse. Derudover indgår unge, der går i hhv. folkeskole, 10. klasse samt på efterskole i samme data.

Som det fremgår af data i figur 7, 8 og 9 er der en væsentlig forskel i den procentvise fordeling i forhold til beskæftigelse på tværs af klinikkerne i hhv. Vejle/Fredericia og Odense. Hvor størstedelen af de unge i Vejle og Fredericia går i folkeskole (hhv. 18% og 12%) eller er i gang med en ungdomsuddannelse (hhv. 37% og 24%, ses det i Odense, at over halvdelen (55%) af de unge er i gang med en videregående uddannelse. I Odense er det 2% af de unge, der går i folkeskole, mens 19% af de unge er i gang med en ungdomsuddannelse.

5.5.4. Henvendelsesårsag

Kvantitativ data opsamlet af klinikkerne vedr. henvendelsesårsager kan ikke anvendes til en komparativ analyse på tværs af klinikkerne, derfor fremgår der udelukkende i dette afsnit en mere generel perspektivering som har afsæt i kvalitative fund.

Der er stor forskel på de unge, der søger klinikkernes ydelser, ligeså har henvendelserne stor diversitet. Der er kvalitative fund, der bekræfter, at medarbejderne i klinikken i Odense varetager mere specialiseret rådgivning af dybdegående psykologisk karakter, hvor de øvrige klinikker i Vejle og Fredericia har almindelig specialiseret rådgivning. I Fredericia og Vejle er den største henvendelsesårsag adgang til gratis prævention.

Generelt bekræfter kvalitative fund, at henvendelsesårsagerne spænder bredt, og at de specialiserede rådgivningssamtaler understøttes bedst, såfremt den enkelte medarbejder har de nødvendige kompetencer og viden. I undersøgelse er der medarbejdere der har nævnt, at faglighed og interesse har indflydelse på, hvem der varetager de rådgivende samtaler, særligt når emnerne har en dybere psykologisk karakter. Det er dog vigtigt at nævne, at adspurgte medarbejdere har den forståelse, at alle medarbejdere skal kunne varetage alle typer af samtaler.

6.
De tre klinikker for seksuel sundhed

På de følgende sider præsenteres de kvalitative indsigter ifm. evalueringen af de tre klinikker i Fredericia, Vejle og Odense med udgangspunkt i deres lokale set-up. Klinikkerne præsenteres enkeltvis som en case, der skitserer klinikkens historik, tværsektorielt samarbejde og organisering, unges/medarbejderes oplevelser ifm. ydelserne samt særlige opmærksomhedspunkter for den enkelte klinik.

Endvidere redegøres der for klinikkernes samarbejde med praktiserende læger, som er en vigtig fremtidig samarbejdspartner.

6.1. UngMod Fredericia

På næste side ses en illustration af samarbejdsmodellen for UngMod Fredericia. Modellen beskriver primære medarbejdere og ledere, der er tilknyttet klinikken, ydelserne og eksempler på de eksterne samarbejder, der er etableret for nuværende ifølge undersøgelsen.

Klinik	Åbningstider	Ledelse	Kommunale medarbejdere	Regionale medarbejdere	Målgruppe	Ydelser	Samarbejdspartnere
Klinik for Seksuel Sundhed, Odense	**Centrum** Man. og tir. kl. 10.30-15.30 Tor. kl. 9.00-19.00 Fre. kl. 8.00-13.00 **Vollsmose** Man. kl. 10.30-15.30	Fælles tværsektoriel ledelse (projektleder og lægefaglig konsulent, OUH)	2 Sundhedsplejersker (20 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (20 t.) 1 Gynækolog (6 t.)	Unge under 30 år Kvinder/par med anden etnisk baggrund over 30 år.	Prævention Test for konssygedomme Rådgivning og vejledning	Checkpoint, ung-til-yngre undervisning målrettet 9. klasser Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler, Ungdomsuddannelser, Universitet) Skolesygeplejerske Frivillighedsorganisationer Supplerende vejledningstilbud, fx misbrugscenter Praktiserende læger
UngMod Fredericia	Mandag og tirsdag kl. 13-18	Fælles tværsektoriel ledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	2 Sundhedsplejersker (10 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (6 t.) 1 Gynækolog (3 t.)	Primært unge i alderen 13- 25 årige		Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Praktiserende læger HeadSpace Sex og Samfund Sundhedsuger målrettet 8. klasser PPR, familie- og ungekonsulenter, gadesygeplejerske m.fl. Supplerende vejledningstilbud
UngSex Vejle	Mandag kl. 13-18	Fælles tværsektorielledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	1 Sundhedsplejerske (3 t.)	1 Sygeplejerske (3 t.) 1 Gynækolog (3 t.)			Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Misbrugscenter, døgninstitutioner, social rehabilitering Ungekontakten, gadesygepl. m.fl. Supplerende vejledningstilbud Den Social Vejviser SPOR 18

6.1.1. Historik

UngMod Fredericia blev etableret på baggrund af to parallelle forløb, dels en henvendelse fra Afdelingen for Kvindesygedomme, Sygehus Lillebælt til Fredericia kommune i 2017. Sideløbende samarbejdede Sygehus Lillebælt, Fredericia kommune, Vejle kommune og to praktiserende læger i henholdsvis Fredericia og Vejle om projektet "FællesPopulationsAnsvar". Projektet havde til formål at afprøve forskellige modeller for at forbedre folkesundheden i et geografisk område på baggrund af en kortlægning af sundhed og sygelighed i befolkningen.

De to processer mundende tilsammen ud i at etablere UngMod Fredericia. Klinikken blev etableret i et samarbejde mellem Fredericia kommune, Sygehus Lillebælt og Region Syddanmark.

I opstartsperioden har det været væsentligt, at der har været tilknyttet en regional og kommunal konsulent til at understøtte opstart af tilbuddet. Det har været afgørende ift. fremdrift og udvikling.

UngMod Fredericia er ligesom klinikkerne i Vejle og Odense et tilbud, hvor unge kan få anonym rådgivning relateret til seksuel sundhed. Det betyder konkret, at de unge kan henvende sig anonymt og have sikkerhed for at den rådgivning de modtager ikke bliver delt med andre. Klinikkens formål er at styrke unges seksuelle sundhed og trivsel, herunder at forebygge uønsket graviditet, aborter og seksuelt overførte sygedomme. Indsatsen i klinikkens daglige arbejde er et bredt fokus på hele den unges liv, sundhed og trivsel, uanset køn og seksuel orientering. Det er de unge, som vælger emnet for den rådgivende samtale, og i klinikkens informationsmateriale lægges op til muligheder for at drøfte et bredt spektrum af emner; grænser, præventi-on, seksuel orientering/forvirring, graviditet, kønssygdomme eller noget helt andet. Klinikkens sundhedsfaglige medarbejdere vejleder de unge og henviser til andre rådgivnings- og vejledningsmuligheder, såfremt det er nødvendigt.

UngMod Fredericia er placeret i Fredericia Sundhedshus, hvor man har adgang til undersøgelseslokaler og øvrige sundhedsfaglige personer. I tæt tilknytning til klinikken ligger der tillige en privat kvindeklinik, samt Headspace, hvor unge ligeledes kan henvende sig fra gaden, og tale om trivsel, ensomhed eller hvad der ellers bekymrer. UngMod Fredericias placering på Fredericia Sundhedshus er både tilgængelig og i et område, hvor de unge har deres daglige færdsel i tæt tilknytning til byen, og samtidig ligger den så de unge kan ankomme ubemærket.

— Jeg kender Sundhedshuset, så det var nemt at finde frem til klinikken.

Ung klient

I forbindelse med etablering af klinikken har der været afsøgt forskellige emner og muligheder, bl.a. formål med klinikken, målgruppe, og hvordan det praktiske skulle forgå med henblik på henvendelse, åbningstider mv. Klinikken har ligeledes tilrettelagt forskellige kommunikations- og formidlingstiltag, herunder etablering af hjemmeside, Facebook konto samt udvikling af fx flyers og andet fysisk materiale.

Klinikken betjenes af to kommunale sundhedsplejersker, samt fire regionale medarbejdere; en regional sygeplejerske og sexolog (ulige uger), en regional jordemoder (lige uger) samt en speciallæge i gynækologi og obstetrik. Medarbejderne varetager i fællesskab henvendelser fra unge i klinikkens åbningstid. Åbningstiden er in-

klusiv administrationstid. Sundhedsplejerskerne, sygeplejersken og jordemoderen dækker tilsammen den fulde åbningstid, så der altid er mindst én medarbejder tilstede, og med enkelte timers overlap, mens gynækologen er tilstede i klinikken i et begrænset tidsrum, to timer ugentligt. Klinikken tilbyder åben drop-in, som er et tilbud, hvor unge kan møde uanmeldt op i klinikken med henblik på test for klamydia og gonoré.

Klinikken oplever stor søgning af kvinder, og næsten alle, der henvender sig i UngMod Fredericia modtager rådgivning og vejledning. Dette gælder dog i mindre grad for gruppen af klienter, som kommer i den åbne drop-in for at blive testet for kønssygdomme.

6.1.2. Tværsektorielt samarbejde og organisering

Medarbejderne har udtrykt, at der som udgangspunkt er gode betingelser for at udføre deres arbejde, og at de oplever et positivt og værdifuldt samarbejde, som tilrettelægges gennem faste rammer, vidensdeling og sparring. På nuværende tidspunkt foregår vidensdeling ad hoc, og når muligheden byder sig ved fx overlap mellem kl. 15-16.00, når gynækologen møder ind eller pr. telefon/mail. I forhold til den interne vidensdeling er der et gennemgående behov for fælles drøftelser, og medarbejderne har i den forbindelse udtrykt et ønske om etablering af et fora, hvor medarbejderne mødes jævnligt, eventuelt én gang om måneden til vidensdeling, sparring og udvikling. Derudover er der medarbejdere, som har et behov for og ser muligheder i en fælles årlig temadag for klinikker for seksuel sundhed. En temadag vil kunne generere viden på tværs af klinikkerne og erfaringer til kommende klinikker.

— Det er en udfordring, at vi ikke har et forum, hvor vi kan mødes ift. vidensdeling, sparring, cases og udvikling. Det er vigtigt, at vi får mulighed for at kende hinanden, at vi formidler det samme, dvs. at vi har en fælles tilgang og retning.

Medarbejder

Medarbejderne har i forbindelse med interviews beskrevet, at klinikken i Fredericia i en periode har haft udskiftning af medarbejdere og ledelse, hvilket har afstedkommet oplevelsen af sårbarhed og et øget behov for ledelsesmæssig fokus. Ved nyansættelser, er det medarbejdernes vurdering, at nye medarbejdere skal være faglig funderet og have en generel bred viden om seksuel sundhed og et bredt kendskab og netværk ift. supplerende vejledningsudbydere. Det er samtidig vigtigt, at der tilrettelægges et struktureret og grundigt introduktionsforløb til klinikkens rammer og arbejdsgange, da medarbejderne ofte er alene i klinikken, og dermed skal kunne varetage opgaverne selvstændigt i tråd med de vedtagne arbejdsgange og rammer.

— Jeg syntes, at vores samarbejde er godt, men engang imellem er det sårbart. Vi har haft sygdom, og der har været omorganisering samt udskiftning af ledelse – det kan man godt mærke.

Medarbejder

Ift. de gynækologiske opgaver nævner enkelte medarbejdere, at der på baggrund af at sygehuset ikke længere lægger mange spiraler hos unge og derved henviser til praktiserende læge, så mangler især de yngre læger i sygehusregi erfaringer med at udføre denne del af det gynækologiske

speciale. Derfor er der udtrykt et ønske om, at yngre læger inviteres ind, således de kan opnå disse erfaringer.

Klinikken samarbejder med forskellige eksterne samarbejdspartnere fx Headspace, som klinikken tidligere har delt lokaler med. Samarbejdet blev primært etableret med udgangspunkt i synergi ift. at dele lokaler, samt ved henvisninger af unge med psykiske problemstillinger som samtidig har brug for rådgivning om seksuel sundhed.

Sex og Samfund er en af de andre aktører, som klinikken samarbejder med i uge 6. Her opsøges i fælleskab forskellige uddannelsesinstitutioner for at orientere om klinikkens tilbud. Medarbejderne udtrykker, at formidling og det opsøgende kunne være bedre, fx bør ungdomsuddannelser og videregående uddannelser og de praktiserede læger inkluderes i det opsøgende arbejde.

Klinikken har fx begrænset søgning til klinikken af sårbare unge, da de sårbare unge kan have svært ved at henvende sig selv og/eller mangler tillid til systemet, og derfor samarbejder klinikken med PPR i kommunen, gadesygeplejersken m.fl., som fungerer som vejviser for unge sårbare med tungere problematikker. Klinikkens medarbejdere har ligeledes erfaring med, at det ofte er gennem sundhedsplejerskerne i folkeskolerne, der sker henvisning af en sårbar ung til klinikken.

Klinikkens medarbejdere har derfor udtrykt behov for en mere strategisk tilgang ift. det opsøgende og kontakt til sårbare unge, og allokering af tid og ressourcer til dette. For nuværende oplever klinikkens medarbejdere, at der af og til kommer sårbare unge i klinikken, men den største gruppe er de velfungerende unge.

Der opleves endvidere en stor byrde ift. IT systemer, som påvirker planlægning og udførelse af opgaver. Fx kan en kommunal medarbejder ikke tilgå den elektroniske patientjournal (EPJ) og notere fx prævention. Det har medvirket til, at der opfindes supplerende papirdokumentation, som gynækologen bruger som dokumentation i forbindelse med indtastning i Fælles Medicinkort (FMK). Papirdokumentationen opbevares aflåst og makuleres efter brug.

6.1.3. Oplevelser ifm. ydelser

Klinikken tilbyder tre primære ydelser. Nedenfor er der et kort oprids over de oplevelser unge og medarbejdere har ifm. ydelserne og søgning til disse.

Rådgivende samtaler

Rådgivning og vejledning i klinikken har meget forskellig karakter afhængig af, hvilket behov den unge klient har ved kontakt til klinikken. Ofte handler den rådgivende samtale om behov for prævention og valg heraf, men en rådgivende samtale kan ligeledes være at afklare forskellige problemstillinger sammen med den unge klient. I den forbindelse er det muligt at henvise til andre rådgivnings- og vejledningsmuligheder, såfremt klinikkens medarbejdere ikke selv kan varetage den konkrete problematik. I UngMod Fredericia er det en sundhedsplejerske eller en sygeplejerske, som varetager de rådgivende samtaler med de unge, men såfremt en ung har brug for en mere specialiseret samtale, er der mulighed for dette, da medarbejderne har forskellig faglighed og baggrund.

— Det er godt at have to sundhedsplejersker ift. at sparre og afløse ved sygdom. Det giver god mening, at det er [sundhedsplejersken], som tager den første samtale sammen med sygeplejersken, [...] det er dem, som har kontakt med de unge i forvejen.

Medarbejder

De adspurgte unge, oplever at klinikkens medarbejdere er gode til at skabe en uformel og afslappet stemning og en imødekommenhed, hvor der er plads til alle med udgangspunkt i den enkeltes behov. Det har stor betydning for de unge, at de kan henvende sig anonymt, da nogle unge oplever, at det kan være svært at tale om seksualitet med fx den praktiserende læge. Tilbud i klinikken imødekommer netop, at de unge føler, at de trygt kan drøfte en problemstilling eller et behov, uden frygt for, at nogen i deres omgangskreds eller andre praktiserende i sundhedsvæsnet får viden om deres henvendelse i klinikken.

— Samtalen føles helt almindelig og nede på jorden, afslappet og uformel. Det var rart. Jeg kunne sagtens spørge om alt og jeg tror, at andre unge har det på samme måde.

Ung klient

Test for kønssygedomme

Unge kan bestille tid til at blive testet for kønssygdomme i klinikken. Det foregår som udgangspunkt gennem tidsbestilling og i forbindelse med og inden oplægning af prævention. Testen er enkel og udføres af den unge klient.

Der er dog også mulighed for at komme forbi uanmeldt i den ugentlige drop-in tid. Klinikken oplever en stigning af unge, som benytter den mulighed, og ofte ankommer de i flok for at blive testet. Testresultatet modtager de unge gennem sundhed.dk eller gennem en opringning fra klinikken, såfremt testen er positiv.

Prævention

Klinikken tilbyder gratis prævention til alle i klinikkens målgruppe. Der er stor søgning af kvinder, som ønsker hjælp til valg af prævention og den primære henvendelsesårsag er prævention, som ofte er en hormonspiral. Jf. national lovgivning indhentes der samtykke fra forældrene, eller forældrene bedes være tilstede ved indgrebet, såfremt en ung er under 15 år.

Den rådgivende samtale er den indledende dialog, hvor den sundhedsfaglige medarbejder og den unge klient drøfter forskellige muligheder med udgangspunkt i behov. Samtalen indeholder ofte en drøftelse af muligheder og en gennemgang af den procedure, der er knyttet til det kliniske indgreb, fx når der skal lægges en spiral. Der er flere unge, som udtaler, at de har oplevet en meget professionel og tryg behandling.

— Jeg syntes, at det har været en rigtig god oplevelse, og jeg vil helt sikkert anbefale klinikken til andre. Faktisk har jeg allerede anbefalet klinikken til flere af mine veninder.

Ung klient

Blandt medarbejderne nævnes det på samme måde, at klienterne opleves som enormt tilfredse og positive. Klinikkerne giver bl.a. den fordel til de unge, at det er noget de selv har besluttet og initieret, når først de har ringet ind til klinikken for at få enten rådgivning, test eller prævention.

— Her kommer de som 'helt sig selv'. De er simpelthen så seje. Jeg er meget imponeret over dem. De er utrolig gode til at være i det, fordi det handler meget om, at de selv har besluttet sig for det.

Medarbejder

Medarbejderne er samtidig opmærksomme på, at det er alt andet end nemt, at være til den første gynækologiske konsultation, og de gør derfor en særlig indsats for at det kan bliver en rar oplevelse, så den unge klient ikke bliver bange for at komme igen. Hvis der opstår udfordringer, eller hvis der er brug for særligt udstyr, så bruger gynækologen muligheden for at booke den unge klient ind på sit program på sygehuset; på klinikken findes der nemlig kun grundlæggende udstyr til en uproblematisk oplægning af fx en spiral.

Der forklares ved den gynækologiske konsultation om tiden efter/opfølgning ift. blødning og samleje, og ved yderligere behov henvises til den praktiserende læge eller evt. opfølgende kontakt til klinikken via fx telefon.

6.1.4. Formidling

Klinikkens medarbejdere har fokus på, hvor vigtig formidling er ift. klinikken og ydelserne. I UngMod Fredericias første åbningsår var Fredericia kommune med i et samarbejdsprojekt med Sex og Samfund. Projektet havde blandt andet fokus på seksualoplysning til unge på ungdomsuddannelser, og information om UngMod Fredericia blev derfor formidlet i denne periode. For nuværende varetages det opsøgende arbejde særligt af sundhedsplejerskerne i folkeskoleregi, men også gennem tæt samarbejde med de øvrige faggrupper med kontakt til unge; PPR, familie- og ungekonsulenter mv.

Der formidles viden om seksuel sundhed og UngMod Fredericia tilbuddet i forbindelse med den nationale Uge 6 kampagne, samt initiativet Sundhedsuger i Fredericia, hvor alle folkeskolernes 8. klasser deltager. Klinikken har desuden en Facebook side, hvoraf der fremgår information om klinikken samt en hjemmeside.

De unge henvender sig ofte telefonisk til klinikken, tit på baggrund af uformel henvisning fra en praktiserende læge eller info fra klinikkens hjemmeside. Nogle unge nævner, at de ikke har kendskab til klinikkens Facebook side, og at de har haft svært ved at finde info om klinikken.

Der er udtrykt behov for en udvidelse ift. det opsøgende og oplysende arbejde, fx gennem supplerende besøg på ungdomsuddannelserne og et særligt fokus på mulighederne ift. sociale medier. De unge oplyser, at de syntes, at det vil være en god idé at formidle gennem sociale medier, da deres primære færden foregår her. Det vil også være oplagt med annoncering og oplysning, gerne gennem oplysningsvideoer eller visuelle opslag.

6.1.5. Opmærksomhedspunkter særligt for UngMod Fredericia

- → Opmærksomhed og fokus på fortsat positivt samarbejde med de praktiserende læger, herunder løbende kommunikation om klinikken og tilbud.
- → Inddragelse af sygehusets yngre læger bør prioriteres ift., at de opnår erfaring med det gynækologiske speciale.
- → Afsøg muligheder ift. bedre rammer, tid og ressourcer til opsøgende og oplysende arbejde for at optimere den samlede indsats for målgruppen.
- → Opsøgende indsatser bør prioriteres, gerne med en udvidelse, hvor både folkeskoler, ungdomsuddannelserne og videregående uddannelser inkluderes i formidlingsindsatsen.
- → Ved omorganisering og sygdom bør der være et ekstraordinær ledelsesmæssigt fokus på at minimere sårbarheden.
- → Den tværsektorielle organisering møder delvist udfordringer, da man ikke anvender de samme IT-systemer. I den forbindelse indføres der papirdokumentation og interne fysiske processer, hvilket ikke er hensigtsmæssigt.
- → Ift. søgning af mænd ligger der et potentiale i at tiltrække denne gruppe yderligere.
- → Medarbejderne har udtrykt et behov for og ser muligheder i en fælles årlig temadag for klinikker for seksuel sundhed. En temadag vil kunne generere viden på tværs af klinikkerne og erfaringer til kommende klinikker.

6.2. UngSex Vejle

På næste side ses en illustration af samarbejdsmodellen for UngSex Vejle. Modellen beskriver de primære medarbejdere og ledere, der er tilknyttet klinikken, ydelserne og eksempler på de eksterne samarbejder, der er etableret for nuværende ifølge nærværende undersøgelse.

Klinik	Åbningstider	Ledelse	Kommunale medarbejdere	Regionale medarbejdere	Målgruppe	Ydelser	Samarbejdspartnere
Klinik for Seksuel Sundhed, Odense	**Centrum** Man. og tir. kl. 10.30-15.30 Tor. kl. 9.00-19.00 Fre. kl. 8.00-13.00 **Vollsmose** Man. kl. 10.30-15.30	Fælles tværsektoriel ledelse (projektleder og lægefaglig konsulent, OUH)	2 Sundhedsplejersker (20 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (20 t.) 1 Gynækolog (6 t.)	Unge under 30 år Kvinder/par med anden etnisk baggrund over 30 år.	Prævention Test for konssygedomme Rådgivning og vejledning	Checkpoint, ung-til-yngre undervisning målrettet 9. klasser Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler, Ungdomsuddannelser, Universitet) Skolesygeplejerske Frivillighedsorganisationer Supplerende vejledningstilbud, fx misbrugscenter Praktiserende læger
UngMod Fredericia	Mandag og tirsdag kl. 13-18	Fælles tværsektoriel ledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	2 Sundhedsplejersker (10 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (6 t.) 1 Gynækolog (3 t.)	Primært unge i alderen 13- 25 årige		Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Praktiserende læger HeadSpace Sex og Samfund Sundhedsuger målrettet 8. klasser PPR, familie- og ungekonsulenter, gadesygeplejerske m.fl. Supplerende vejledningstilbud
UngSex Vejle	Mandag kl. 13-18	Fælles tværsektorielledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	1 Sundhedsplejerske (3 t.)	1 Sygeplejerske (3 t.) 1 Gynækolog (3 t.)			Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Misbrugscenter, døgninstitutioner, social rehabilitering Ungekontakten, gadesygepl. m.fl. Supplerende vejledningstilbud Den Social Vejviser SPOR 18

6.2.1. Historik

UngSex Vejle opstod på baggrund af et tværsektorielt projekt "Fælles Populations-Ansvar". Projektet havde til formål at afprøve forskellige modeller for at forbedre folkesundheden i et geografisk område på baggrund af en kortlægning af sundhed og sygelighed i befolkningen. Særligt for Vejle har der været et fokus på at forbedre den seksuelle og mentale sundhed for unge i Vestbyen. Med udgangspunkt i ovenstående blev klinikken etableret i et samarbejde mellem Vejle kommune, Sygehus Lillebælt og Region Syddanmark.

I forbindelse med etableringen foregik der tværforvaltningsmæssige drøftelser i Vejle kommune for at afdække, hvilke eksisterende tilbud kommunen allerede havde, samt drøftelser vedr. et muligt regionalt/kommunalt set-up med udgangspunkt i at understøtte unge mellem 13-25 år. Under denne proces indgik erfaringer fra klinikken UngMod Fredericia.

— Ift. etablering af nye klinikker er det væsentligt at tænke synergi og nærhed i tilbuddene. Derudover er det vigtigt, at klinikkerne ligger i områder, hvor de unge færdes.

Tværsektoriel leder

Klinikken UngSex Vejle blev etableret som et tilbud til unge og uddannelsessøgende i alderen 13-25 år. Klinikken betjenes i et samarbejde mellem kommune og region, hvor unge kan få anonym rådgivning om seksuel sundhed, test og gratis præventi-on. Formålet er, tilsvarende UndMod Fredericia, at styrke unges seksuelle sundhed og trivsel, herunder at forebygge uønsket graviditet, aborter og seksuelt overførte sygedomme.

Klinikkens sundhedsfaglige medarbejdere rådgiver og vejleder de unge og henviser til andre rådgivnings- og vejledningsmuligheder, såfremt det er nødvendigt. De sundhedsfaglige medarbejdere, som er ansat i klinikken, er faglig funderet til at varetage forskellige typer af samtaler, og de oplever, at de unge er glade for, at klinikken tilbyder åben rådgivning.

— Ofte har den rådgivende samtale mange nuancer, vi oplever at den mentale sundhed hænger unægtelig sammen med den seksuelle sundhed, derfor har de rådgivende samtaler meget forskellig karakter.

Medarbejder

Som supplement til de rådgivende samtaler henvises der ligeledes til andre rådgivnings- og vejledningsmuligheder; fx har Vejle kommune Den Sociale Vejviser, der er et tilbud til både medarbejdere og borgere i kommunen. Her kan man få information om alle kommunes tilbud, og hvor man kan henvende sig.

Klinikken har et særligt fokus på udsatte og sårbare unge, og der er i forhold til den målgruppe iværksat en ekstraordinær indsats gennem dialog med fx døgninstitutioner, gadesygeplejersker og produktionsskoler m.fl. for dermed at tiltrække denne målgruppe.

— Klinikkens tilbud er for alle, men vi går rigtigt langt for de sårbare.

Medarbejder

UngSex Vejle er placeret centralt i midtbyen og tæt ved uddannelsesinstitutioner. Klinikken deler lokaler med sundhedsplejen i Vejle kommune. Dele af klinikkens faciliteter er multifunktionelle, således at de kan anvendes til forskellige formål, og det giver fleksibilitet ift. møder og aktivi-

teter. Klinikkens placering er vigtig for de unge, som opsøger klinikken, dels pga. at klinikkens placering er i et område, hvor de unge færdes, og fordi klinikken er tilgængelig.

— Klinikken ligger godt, og den er nem at finde. Jeg er blevet taget godt imod og jeg syntes, at de fysiske omgivelser er gode.

Ung klient

Klinikken betjenes af en sundhedsplejerske, en sygeplejerske og en gynækolog. De varetager i fælleskab henvendelser fra unge i klinikkens åbningstid. Gynækologen er dog kun tilstede i et begrænset tidsrum.

Kvantitativ data viser, at der er forholdsvis stor søgning til klinikken i aldersgruppen 16-19 årige. De fleste unge, som henvender sig i klinikken, har hørt om klinikken gennem familie og venner, sundhedsplejen og den praktiserende læge.

6.2.2. Tværsektorielt samarbejde og organisering

En vigtig forudsætning for klinikkens medarbejdere er, at de gennem tværfagligt samarbejde har succes med at rådgive de unge og komme hele vejen rundt. Klinikkens medarbejdere kan varetage den sundhedsmæssige rådgivning, den præventive snak, og desuden har de mulighed for at understøtte forskellige test og behandlinger, fx test for kønssygdomme og gratis prævention.

— Tiden er en vigtig faktor ift. at have tid til den enkelte ung. I klinikken har vi den tid, der skal til, for at en ung skal føle sig tryg. At den unge føler sig tryg hænger nok sammen med, at vi samarbejder på tværs og deler viden om den unge. Vi tror, at de unge føler, at der er en rød tråd.

Medarbejder

Klinikkens medarbejdere oplever, at der er gode betingelser for at udføre deres arbejde. Det gør de gennem faste rammer, tværfaglig sparring og vidensdeling. Der er etableret samarbejder med forskellige samarbejdspartnere, bl.a. SSP og Ungekontakten, der er de primære, men klinikkens medarbejdere har udtrykt behov og muligheder i, at der prioriteres tid til at identificere flere relevante samarbejdspartnere. Fx oplever medarbejderne, at der stadig er udfordringer ift. at få spredt budskabet om klinikken og ydelserne til bl.a. de praktiserende læger og gynækologer i kommunen.

Formidlingsindsatsen indeholder information om klinikken og ydelserne, og der kommunikeres primært til målgruppen gennem sundhedsplejersken, som har daglig kontakt til folkeskolerne. Men medarbejderne vurderer ligeledes muligheder i, at inkludere ungdomsuddannelserne ift. samarbejde og formidling.

I den sammenhæng efterlyses der bedre betingelser, tid og rammer til at være opsøgende, både ift. nye samarbejdspartnere og de unge. Klinikken har søgning af både velfungerende og sårbare unge men oplever, at der skal en ekstraordinær indsats til, såfremt målgruppen af sårbare/udsatte skal opnå bedre kendskab til klinikken og ydelserne. Klinikkens medarbejdere har for nuværende været opsøgende ift. sårbare/udsatte unge ved at etablere kontakt til misbrugscentre, FFU, Center for Social Rehabilitering m.fl.

Klinikkens medarbejdere har derudover udtrykt behov for etablering af et forum, hvor medarbejderne har mulighed for at

have et dedikeret rum og tid til tværfaglig sparring og udvikling, gerne 1-2 gange om måneden. For nuværende skal den tid findes i den eksisterende tid, hvilket er svært.

Endvidere er der udtalt praktiske udfordringer ift. forskellige IT systemer og platforme, der udfordrer det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen. Der er dog i den forbindelse juridiske forhindringer, der gør det svært at løse ovennævnte problematik.

6.2.3. Oplevelser ifm. ydelser

Klinikken tilbyder tre primære ydelser. Nedenfor er et kort udsnit af ydelserne og oplevelserne ifm. disse.

Rådgivende samtaler

Klinikken tilbyder unge en indledende samtale i forbindelse med en henvendelse i klinikken. Afhængig af samtalens karakter, der ofte er drøftelse og vejledning om valg af prævention eller i nogle tilfælde noget helt andet, har klinikken mulighed for at tilbyde et samtaleforløb omkring seksuel sundhed. Samtalerne kan have meget forskellige emner, der bl.a. kan handle om at sætte grænser, tvivl om seksualitet, smerter under sex, krænkelser/overgreb eller andre emner, der bekymrer de unge.

— Jeg har været glad for den indledende samtale. Jeg oplever, at alle medarbejdere i klinikken er afslappede og faglig dygtige. De er ikke oppe at køre men meget afslappede. Jeg følte mig velkommen, og det var rart at være der.

Ung klient

Klinikken UngSex Vejle har positive erfaringer ift. at samarbejde med andre aktører, både regionalt og kommunalt, og bl.a. har klinikken etableret kontakt til misbrugscentre, FFU og Social Rehabilitering for at oplyse sårbare og udsatte unge om mulighederne i klinikkens tilbud. Det har medført søgning til klinikken af denne målgruppe, hvoraf en stor del af de unge har gjort brug af rådgivende samtaler. Der er stadig et stort potentiale og muligheder inden for denne målgruppe, hvilket kræver prioriterede ressourcer og øget opmærksomhed.

Test for kønssygdomme

Unge kan blive testet for seksuelt overførte sygdomme i klinikken. Det foregår som udgangspunkt gennem tidsbestilling, og testen udføres af den unge selv i klinikken. Klinikken har mange henvendelse fra unge kvinder, som ønsker råd og vejledning om prævention, og i den sammenhæng er der mange kvinder, som bliver testet som en del af forløbet. Der er ligeledes søgning af unge mænd, men størstedelen af henvendelserne kommer fra kvinder. Testresultatet modtager de unge gennem sundhed.dk eller gennem en opringning fra klinikken, såfremt testen er positiv.

Prævention

Som en del af ambitionen om at forebygge uønskede graviditeter tilbyder klinikken vejledning og rådgivning om prævention. De unge, som søger klinikken, kan tilbydes forskellige præventionsformer gratis, og forløbet indledes altid med en indledende samtale, der resulterer i valg af egnet prævention. I sådan et forløb indgår ligeledes en gennemgang af indgrebet, såfremt der fx er valgt spiral. Ofte gennemgår den sundhedsfaglige medarbejder forløbet med den unge klient, således at den unge er tryg og ved, hvad der skal foregå. For mange unge kvinder er det væsentligt at blive inddraget og vejledt ift., hvad der sker i koppen, og flere unge har udtalt, at de har følt sig tryg og inddraget på en positiv måde.

— Jeg syntes, at jeg er blevet inddraget rigtig godt. Det har været i mit tempo, og jeg har fået hjælp til det, jeg kom for. Jeg føler, at jeg er blevet hørt.

Ung klient

6.2.4. Formidling

Klinikken UngSex Vejle har meget fokus på formidling af klinikkens ydelser. Derfor er der afsøgt forskellige kanaler ift. det opsøgende og formidlingsmæssige. Klinikken har været opsøgende ift. at kommunikere om klinikken og ydelserne i opstarten og løbende, og der er bl.a. etableret et samarbejde ift. Uge 6 og Sundhedsugen, der er initiativer, hvor flere aktører går sammen om at udbrede kendskab til forskellige sundhedsfremmende aktiviteter og tilbud, herunder seksuel og mental sundhed.

Klinikken er ligeledes aktiv på Facebook og kommunikerer om klinikkens tilbud via fx radioprogrammer. Eksempelvis har der været rapportager i P4 Trekanten, hvor medarbejdere og unge har fortalt om klinikken og oplevelsen af at være bruger af klinikken. Der er ligeledes udarbejdet plakater og flyers, der er omdelt forskellige steder i byen.

I forhold til målgruppen og særligt de sårbare og udsatte unge oplyser medarbejdere, at det har krævet en ekstraordinær indsats gennem dialog med fx døgninstitutioner, der har formidlet om klinikken og klinikkens ydelser. Derudover har klinikken etableret samarbejde med gadesygeplejersker og produktionshøjskoler, netop for at udbrede viden om klinikkens tilbud.

— Vi har mærket en stigning i henvendelser fra de sårbare på baggrund af vores samarbejde med andre aktører.

Medarbejder

6.2.5 Opmærksomhedspunkter særligt for UngSex Vejle

- → Fortsat øget fokus på det opsøgende og det formidlingsmæssige vedr. klinikken og ydelserne. Der er behov for at formidlingsindsatsen udvides, således ungdomsuddannelser inkluderes i formidlingsindsatsen.
- → Afsøg muligheder ift. bedre rammer, tid og ressourcer til det opsøgende for at optimere den samlede indsats for målgruppen.
- → Det er vigtigt med fokus på synergi og nærhed i tilbuddet, fx bør der prioriteres tværforvaltningsmæssigt samarbejde, når der er berøring med målgruppen.
- → Prioritering af samarbejde med de praktiserende læger, herunder målrettet formidlingsindsats til lægerne.
- → Unge udtrykker behov og mulighed for en opfølgning, særligt når der er tale om prævention og uforudsete følger heraf. Afklar, om det er den praktiserende læge eller klinikken, der varetager opfølgning.
- → Opmærksomhed ift. etablering af nye klinikker og mulighederne i klinikkens faciliteter. Faciliteter bør kunne anvendes til forskellige formål og med forskellige funktioner.
- → Forskellige IT-systemer og platforme udfordrer det tværsektorielle samarbejde. Der er i den forbindelse juridiske forhindringer der gør det svært at løse denne problematik for nuværende.
- → Der er opnået positive erfaringer og viden ift. samarbejde med forskellige organisationer omkring målgruppen og særligt sårbare og udsatte unge.

6.3. Klinik for Seksuel Sundhed

På næste side ses en illustration af samarbejdsmodellen for Klinik for Seksuel Sundhed i Odense. Modellen beskriver de primære medarbejdere og ledere, der er tilknyttet klinikken, ydelserne og eksempler på de eksterne samarbejder, der er etableret p.t. ifølge undersøgelsen.

Klinik	Åbningstider	Ledelse	Kommunale medarbejdere	Regionale medarbejdere	Målgruppe	Ydelser	Samarbejdspartnere
Klinik for Seksuel Sundhed, Odense	**Centrum** Man. og tir. kl. 10.30-15.30 Tor. kl. 9.00-19.00 Fre. kl. 8.00-13.00 **Vollsmose** Man. kl. 10.30-15.30	Fælles tværsektoriel ledelse (projektleder og lægefaglig konsulent, OUH)	2 Sundhedsplejersker (20 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (20 t.) 1 Gynækolog (6 t.)	Unge under 30 år Kvinder/par med anden etnisk baggrund over 30 år.	Prævention Test for konssygedomme Rådgivning og vejledning	Checkpoint, ung-til-yngre undervisning målrettet 9. klasser Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler, Ungdomsuddannelser, Universitet) Skolesygeplejerske Frivillighedsorganisationer Supplerende vejledningstilbud, fx misbrugscenter Praktiserende læger
UngMod Fredericia	Mandag og tirsdag kl. 13-18	Fælles tværsektoriel ledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	2 Sundhedsplejersker (10 t.)	1 Sygeplejerske / 1 Jordemoder (6 t.) 1 Gynækolog (3 t.)	Primært unge i alderen 13- 25 årige		Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Praktiserende læger HeadSpace Sex og Samfund Sundhedsuger målrettet 8. klasser PPR, familie- og ungekonsulenter, gadesygeplejerske m.fl. Supplerende vejledningstilbud
UngSex Vejle	Mandag kl. 13-18	Fælles tværsektorielledelse (leder af sundhedsplejen og lægefaglig konsulent, SLB)	1 Sundhedsplejerske (3 t.)	1 Sygeplejerske (3 t.) 1 Gynækolog (3 t.)			Uddannelsesinstitutioner (Folkeskoler og ungdomsuddannelser) Misbrugscenter, døgninstitutioner, social rehabilitering Ungekontakten, gadesygepl. m.fl. Supplerende vejledningstilbud Den Social Vejviser SPOR 18

6.3.1. Historik

Klinik for Seksuel Sundhed i Odense har været åben for henvendelser siden april 2021. På grund af Covid-19 blev åbningsdagen udskudt, og planlægningsfasen forlænget fra november 2020 til april 2021.

For mere end 8 år siden fandtes der en præventionsklinik i Odense, som blev drevet af region og kommune men som lukkede ned i 2014. Ifm. et politisk skifte blev der ønsket en genåbning af klinikken, der i lyset af samfundsudviklingen og den politiske ambition skulle fokusere på både prævention og rådgivning. Samtidig ønskede AIDS-Fondet at få etableret et fast tilbud i kommunen, der skulle stå for test for seksuelt overførte sygdomme. Odense kommune og Region Syddanmark besluttede derfor, at etablere Klinik for Seksuel Sundhed.

I februar 2020 blev der ansat en projektleder, som samtidig deltog i styregruppen og havde til ansvar at etablere klinikken. Det ansvar indebar bl.a. afsøgning af lokaler, rekruttering af medarbejdere, juridisk afklaring og generel forberedelse. Der blev afsøgt lokaler i Odense centrum og i yderområder i kommunen. Klinikken fandt sin endelige placering i centrum/gågaden, hvor klinikken i dag deler lokaler med AIDS-Fondets tilbud, der hedder Checkpoint. Checkpoint varetager ungtil-yngre undervisning af elever i 9. klasse, som jævnligt inviteres ind til klinikken. Derudover frikøber klinikken en læge én time om ugen til at hjælpe med rekvirering af prøvesvar og foretage opkald til de unge, såfremt testresultatet er positivt.

Ud over lokationen i centrum blev der tillige etableret en klinik i Vollsmose for at imødekomme den unge målgruppe under 30 år, som går på de forskellige uddannelsesinstitutioner i bydelen samt unge par og kvinder med anden etnisk baggrund uanset alder, som har behov for et tilbud ift. anonym rådgivning, test og prævention. De medarbejdere, der er tilknyttet Klinik for Seksuel Sundhed, arbejder på tværs af de to matrikler, hhv. i centrum og Vollsmose.

Ift. medarbejderrekrutteringen blev der ansat regionale og kommunale medarbejdere, som startede i klinikken i november 2020. Klinikken har i dag tilknyttet en jordemoder, en sygeplejerske, to sundhedsplejersker og 3-4 gynækologer fra afdelingen D på OUH, og som har skiftende vagter i klinikken, samt en lægefaglig konsulent. Vagtplanlægning varetages i dag af projektlederen i samarbejde med den lægefaglige konsulent, specialansvarlig overlæge i gynækologi og professor ved Klinisk Institut på OUH, som udgør en del af den fælles tværsektorielle ledelse.

I forbindelse med etableringen har det været væsentligt, at medarbejdere og ledere på tværs af sektorer har mødtes jævnligt for at forberede opstart og etablering. Der har været drøftet forskellige emner, bl.a. hvad formålet med klinikken skulle være, målgruppe, hvordan henvendelsen skal ske; formidling og kommunikation, fx sociale medier, podcasts, netværk omkring seksuel sundhed mv. Derudover blev der arbejdet på indsamling af relevant viden, indkøb af udstyr, afklaring af procedurer, indretning af lokaler og opbygning af netværk til eksterne og frivilligorganisationer. Medmere blev der fra start etableret et samarbejde med et reklamebureau ift. en kommunikationsstrategi.

De mange måneder med tid til forberedelse har givet et godt udgangspunkt for op-

start af klinikken, hvilket har medført stor søgning til klinikken fra starten.

Ift. unge som besøger klinikken i Odense, opleves der en højere aldersgennemsnit blandt målgruppen, som for nuværende er de unge mellem 13 og 30 år.

I klinikken i Vollsmose har man på forhånd udvidet målgruppen til også at inkludere alle over 30 år, som har brug for rådgivning eller hjælp ift. prævention, da det her kan være særligt tabubelagt eller i nogle tilfælde umuligt at gå til den praktiserende læge. I stedet for kan personen henvende sig direkte til klinikken helt anonymt, og sundhedsplejersken sender fx et bookinglink til personens mobiltelefon uden adresse og navn.

Derudover oplevede man i klinikken i centrum, at unge også omfatter enkelte unge fx socialt udsatte, som kunne være over 25 år, og som har haft et meget problembelagt forhold til deres egen krop eller oplevet misbrug eller vold ifm. en seksuel oplevelse i deres liv. Klinikken har sommetider været det første sted, de unge henvendte sig og snakkede om det for første gang. Man har derfor generelt udvidet målgruppen til dem, som er under 30 år.

6.3.2. Tværsektorielt samarbejde og organisering

Samarbejdet mellem medarbejderne i klinikken opleves værdifuldt og positivt. Der er stor faglighed, et stærkt bånd og én fælles mission om at hjælpe unge med spørgsmål om køn, a-/seksualitet, grænsesætning, prævention mv. De tilknyttede sundhedsfaglige medarbejdere er uddannet sundhedsplejerske, sygeplejerske og jordemoder, og enkelte medarbejdere har tidligere været ansat på præventionsklinikken eller har en efteruddannelse i klinisk sexologi. Dette giver en bred faglig ramme ift. at rådgive om de forskellige emner, som de unge kommer med. Medarbejderne har ved opstart prioriteret tid til at lære hinanden at kende og hinandens faglighed, hvilket har været godt ift. opstart med definerede roller og arbejdsopgaver.

Flere medarbejdere har udtrykt, at der ligeledes er opbygget viden om supplerende vejledningstilbud, der ligger uden for klinikkens tilbud, og at dette er vigtigt for at kunne henvise til andre tilbud og vice versa fx unge til/fra misbrugscenter, praktiserende læge eller skolesygeplejerske.

I forhold til den interne videndeling, så er der et gennemgående behov for fælles drøftelse af praksis, cases og erfaringer, især ifm. unges problematikker omkring seksualitet og dybdeliggende psykologiske årsager, hvor det kræver en opkvalificering eller kompetenceudvikling for at kunne varetage den slags samtaler. For nuværende har kun én medarbejder en særlig relevant videreuddannelse, og medarbejderne bruger derfor hinanden, når der er behov for det.

— Vi oplever, at der er mange, som har problematikker ift. seksuel sundhed, og som har bagvedliggende årsager. Det kræver opkvalificering eller kompetenceudvikling at kunne tage den slags samtaler. I klinikken er der nogle medarbejdere, som kan varetage dette, mens der er andre, som ikke kan. Her bruger vi hinanden ved, at vi henviser til hinanden ift. den konkrete problematik, klienten måtte komme med.

Medarbejder

Endvidere nævnes det, at medarbejderne ser et potentiale ift. at udforske flere ydelser, der kunne have en forebyggende effekt på unges seksuelle sundhed. Ud

fra de erfaringer medarbejderne har gjort sig, kunne man med fordel tilbyde unge kvinder under 30 år at få foretaget deres screening for livsmoderhalskraft på Klinik for Seksuel Sundhed; dette pga. mange unges usikkerhed, frygt eller ubehag, når de for første gang skal have foretaget en gynækologisk undersøgelse.

— Vi burde sætte fokus på fx celleforandring [...] at unge kvinder får passet deres screening. Der kunne man hjælpe dem med at komme igennem en gynækologisk undersøgelse, især for dem, som synes, det er for svært at gå til praktiserende læge.

Tværsektoriel leder

Ifm. tilrettelæggelse af arbejdstid mellem Klinik for Seksuel Sundhed og medarbejdernes øvrige arbejde, er der medarbejdere som har udtalt, at det kan være svært at koble helt fra det ene, når man er på det andet arbejde. Især når der engang imellem kan opstå opgaver på tværs af to arbejdssteder, der ligger på samme tidspunkt, og som kræver en nøjagtig forventningsafstemning mellem de pågældende ledere og/eller en strukturel tilgang ift. at tilrettelægge timerne selv.

Nogle medarbejdere udtrykker behov for at der etableres en administrativ funktion, der kan varetage alt det praktiske ifm. aftaler, booking, koordinering og afhentning af test – hvor andre medarbejdere synes, at det har visse fordele, at man kan orientere sig i hinandens kalender og derved kender til hinandens opgaver.

Der opleves en stor byrde ift. IT systemer, der påvirker planlægning og effektiv udførelse af opgaver. Det har medvirket til, at der opfindes supplerende papirdokumentation, som gynækologerne bruger som dokumentation i forbindelse med indtastning i FMK.

Samarbejdet mellem OUH og klinikken fungerer fint, men der er efterlyst et mere formaliseret samarbejde, så fremt klinikken permanentgøres. Derudover bør der etableres et fast mødefora mellem de medarbejdere, der er tilknyttet fra OUH og medarbejderne i klinikken, for at imødekomme et gunstigt samarbejde og opbygge muligheder i det relationelle og det sociale.

Unge som søger klinikken, har udtalt, at de oplever samarbejdet blandt medarbejderne positivt, og at de er glade, føler sig anerkendt og trygge ved at stille spørgsmål og tale om det svære i livet.

— Der var plads til samtalen efter [spiraloplægningen] og plads til dumme spørgsmål. Jeg følte, der var rigtig god tid, masser af tid til mig, jeg følte overhovedet ikke, jeg skulle ud af dørene. [...] Jeg fik tid at tænke over ting og sidde lidt. Det var rigtig rart.

Ung klient

Medarbejderne opleves som faglig dygtige og imødekommende. Derudover føler de unge sig trygge nok til at booke en opfølgning, hvis det er nødvendigt – her nævner enkelte unge, at det kunne være rart med en opfølgning hos klinikken hos den, som har lagt fx en spiral, især hvis det er første gang, man har været der.

— Det var rart at have en dialog omkring ting [...] hvor hun kom med eksempler fra sit eget liv, hvad hendes oplevelser var. Det var meget rart i stedet for kolde fakta. [...] Man bliver hørt og set, og der er tid. Det var virkelig en rar oplevelse derinde, og man har lyst til at komme igen.

Ung klient

6.3.3. Oplevelser ifm. ydelser

I klinikken tilbydes der via tidsbestilling rådgivende samtaler eller test for kønssygdomme. Derudover har klinikken mulighed for at bevillige gratis prævention til dem, som ønsker det. Klinikken deler lokaler med Checkpoint, der hjælper med klinikkens prøver/test og undervisningstilbud til kommunens 9. klasse elever. Klinikken har frikøbt én af Checkpoints' læger, som varetager afsendelse og registrering af prøvesvar samt opringning til en ung ved evt. positivt svar.

Rådgivende samtaler

Til klinikkens rådgivende samtaler er der afsat 45 minutter. Samtalerne indeholder en stor diversitet af emner, som de unge kommer med i forbindelse med kontakt til klinikken. Diversiteten kræver derfor en stor fleksibilitet og høj faglighed blandt medarbejderne for at kunne håndtere, rådgive om og eventuelt vejlede den unge klient videre til andre tilbud i kommunen eller frivilligorganisationer. Herunder samtaler om fx former for prævention, mangel på sexlyst, kønsidentitet, seksualitet i forskellige former, grænsesætning ift. sex, trauma og vold ifm. seksuelle oplevelser og incest. Rådgivning og vejledning opleves af klienterne som meget tryghedsskabende og rare, hvor det i nogle tilfælde er første gang, at en ung klient taler med nogen om spørgsmål eller udfordringer ifm. seksualitet.

— Modtagelse var rigtig god. Jeg blev inviteret indenfor, det var en [medarbejder] som tilbød noget drikke og fik anvist en plads i sofaen. Der gik ikke så meget tid. Jeg kom ind til [den sundhedsfaglige] og fik med det samme denne mega beroligende aura af rummet, og [medarbejderen] var rigtig sød. Rummet var behagligt, og så var de bare så åbne ved at lytte til mig først, og så begyndte de at snakke med mig. Jeg fik lov til at forklare, hvilket jeg faktisk ikke er vant til.

Ung klient

Klienterne bliver fordelt på enten sundhedsplejerske, jordemoder eller sygeplejerske, og evt. henvist til en specifik kollega enten direkte eller til en opfølgende samtale, hvis der fx er en særlig problematik, der kræver viden om fx konsorientering eller misbrug/seksuelt overgreb.

Ift. kønsfordeling er det mest kvinder/piger, som kommer i klinikken, men der opleves en begyndende søgning af mænd, som henvender sig til klinikken ift. at få rådgivning om fx rejsningsproblemer eller seksuelle grænser. Der er typisk mange besøgende i klinikkens åbningstid.

Test for kønssygdomme

Der tilbydes test for kønssygdomme og graviditetstest på klinikken. Test for kønssygdomme foregår i samarbejde med Checkpoint, der rekvirerer test og kontakter den unge klient, såfremt testen er positiv. Tidligere oplevede klinikken problemer med at få tid til at sende tests afsted samt rekvirere svar, fx lå der ofte en bunke tests til jordemoderen om morge-

nen, som hun skulle tage, hvilket gav udfordringer. Samarbejdet med Checkpoint opleves derfor som meget værdifuldt og givende, da det frigiver jordemoderens tid til andet fx rådgivning.

Klinikken er altid booket op, og der er på nuværende tidspunkt en ventetid på ca. 3 uger. Det giver ringe vilkår og ingen muligheder for fx akuttider ift. test og nødprævention. Der opleves også, at det kan tage lang tid at få testresultater ift. kønssygdomme, der risikerer at underminere den forebyggende effekt ift. spredning af kønssygdom. Det anbefales, at der overvejes muligheder for akuttid og mulighed for at henvende sig til klinikken på anden vis, fx via telefon eller mail.

Prævention

Gratis prævention er ligeledes et tilbud i klinikken i Odense. Medarbejderne oplever, at nogle praktiserende læger henviser til klinikken ved fx førstegangs prævention, fordi klinikken tilbyder mere tid til rådgivning og tryghed omkring dette. Samtalen og proceduren omkring prævention opleves af de unge som trygge og rare. Det er væsentligt, at klinikken tilbyder, at man kan have fx kæresten eller forældrene med for at gøre det endnu tryggere.

Der tilbydes alle former for prævention samt gratis kondomer til mænd, og der informeres om bivirkninger og forløb, såfremt der opstår fx blødning, smerter. Her oplever de unge, at de sundhedsfaglige medarbejdere fx gynækolog og sundhedsplejerske kan tale forskelligt om lægemidler og deres virkning samt betydning af det. Dette ønskes ensrettet således, at rådgivning opleves ensartet i fremtiden.

— De svarede lidt forskelligt. [...] Sygeplejersken sagde noget om evt. blødning, og gynækologen sagde 'at det ikke gør noget'. Det var ikke helt det samme de sagde.

Ung klient

De unge nævner, at de godt kunne tænke sig et tilbud om en opfølgende samtale ift. prævention. Her kan der bl.a. opleves usikkerhed omkring, hvad der kan ske, såfremt der opstår blødninger, og hvordan man skal forholde sig ift. samleje. Der er mulighed for at spørge ind til det ifm. oplægning af prævention, men ved yderligere behov henvises ofte til den praktiserende læge. Flere unge kunne stadigvæk godt ønske sig, at det er den sundhedsfaglige medarbejder, der har lagt spiralen, som følger op.

6.3.4. Formidling

Ift. formidling har klinikken i Odense arbejdet målrettet og strategisk ift. kommunikation og formidling, bl.a. ved at samarbejde med et reklamebureau. Der er kommunikeret bredt ud til samfundet om klinikken via bl.a. sociale medier, hjemmeside og opsøgende kontakt til folkeskoler, gymnasier, universitetet. Derudover er der udviklet plancher/flyers til ophæng forskellige steder fx på skoler, cafeer m.m.

— Vi havde forestillinger om, at vi skulle være meget opsøgende, men det kom vi bare aldrig til. [...] Man troede, man skulle løbe det meget mere i gang. [Reklamebureauet] lavede film og købte pladser på Facebook og Instagram, og vi betalte for det.

Projektleder

Ift. Vollsmose ligger der stadigvæk en opgave i, at tiltrække klienter med anden etnisk baggrund, da kultur og normer ift. at opsøge viden om seksuel sundhed kan være anderledes. Klinikken ønsker at sætte yderliere fokus på det i den nærmeste fremtid.

6.3.5. Opmærksomhedspunkter særligt for Klinik for Seksuel Sundhed

- → På baggrund af unges særlige problemstillinger, som omhandler fx voldsomme overgreb, incest, pædofili, selvmordstruede unge, vil en videreuddannelse i fx klinisk sexologi, psykoterapi e.l. være givende og støtte medarbejderne i at varetage de svære samtaler. Det kunne evt. overvejes at fastansætte en psykolog eller én i en rådgivende konsulentstilling.
- → Det ønskes, især fra de tilknyttede gynækologer, at der etableres et mødeforum på tværs af regionale og kommunale medarbejdere for at øge sammenhængskraft ift. det faglige og sociale.
- → Ved opstart og rekruttering af nye medarbejdere anbefales det at formulere en specifik funktionsbeskrivelse, især ift. rådgiverstillingen.
- → Anvend tid til at lære hinanden at kende for at se mulighederne for, hvordan medarbejderne kan supplere hinanden og skabe en god organisatorisk ramme, der favner alles fagligheder og interesser.
- → Der er positive erfaringer og succes med at samarbejde med et reklamebureau ift. både indretning og visuel identitet indadtil og udadtil.
- → Husk relevante frivilligorganisationer fx misbrugscenter, krisecenter, foreninger for støtte til transkønnede børn/ forældre som vigtige samarbejdspartnere, der samtidig kan henvise nye unge til klinikken.
- → Forskellige IT-systemer og platforme udfordre det tværsektorielle samarbejde. Der er i den forbindelse juridiske forhold der gør det svært at løse denne problematik.
- → Der gøres opmærksom på, at medarbejderne er tilknyttet klinikken på deltid og har to forskellige arbejdssteder, opgavebyrde og ledere. For at gøre klinikkens kontinuerlige drift mindre sårbar over for frafald fx pga. sygdom, er der et behov for løbende/åben dialog mellem lederne, fx lederen på jordemoderklinikken og lederen på Klinik for Seksuel Sundhed.
- → Der er lang ventetid på mindst 3 uger og ingen akuttider fx ift. nødprævention, hvilket kunne ønskes.
- → Der er ikke tid til at få booket flere unge ind og udforske yderligere områder/indsatser. Derfor bør der afsøges tid og ressourcer til dette.
- → Mulighed for en opfølgning hos netop den medarbejder, som fx har lagt en hormonspiral eller p-stav. De unge har mulighed for at selv booke en tid, men almindeligvis henvises til den praktiserende læge ift. en opfølgning. Behov for opfølgning vil variere hos den enkelte, men kunne med fordel tilbydes til dem, som har fået prævention for første gang.

6.4. Samarbejde med praktiserende læger

Klinikkerne i Fredericia, Vejle og Odense oplever, at de praktiserende læger henviser til klinikkens tilbud. Dette afspejles i de kvantitative data, hvor der kan aflæses en stigende tendens til at praktiserende læger bakker op om klinikkernes tilbud. De fleste praktiserende læger, som er interviewet, oplever, at klinikkerne og tilbud er et godt supplerende tilbud, der giver mulighed for en mere holistisk tilgang til seksuel sundhed.

De fleste praktiserende læger, som er interviewet, oplever, at klinikkerne og tilbud er et godt supplerende tilbud, der giver mulighed for en mere holistisk tilgang til seksuel sundhed.

— Vi er tidspresset, fordi der er så stor efterspørgsel på vores service. Der er ikke ret meget tid at etablere en god tillidsbase for at høre lidt omkring fx kulturel sammenhæng, familieforhold. [...] Der er man tit lidt overladt som ung, at man selv skulle finde noget. [...] Så det er et fantastisk tilbud man har [i klinikker for seksuel sundhed].

Praktiserende læge

Endvidere udtaler de adspurgte læger, at netop muligheden for anonymitet er væsentlig for de unge. Det opleves, at det i nogle tilfælde kan være svært at være opsøgende hos de praktiserende læger, når der potentielt er mulighed for at møde familiemedlemmer og andre pårørende i lægernes ventefaciliteter. På klinikker for seksuel sundhed har de unge mulighed for at få anonym rådgivning, og det gør den store forskel for unge mennesker.

Det er ligeledes væsentligt, at lægerne kan finde rette information et sted, og at oplysninger om tilbud mv. opdateres, således lægerne har kendskab til eksisterende tilbud i kommunalt, regionalt og tværgående regi. I marts måned lancerede fx Fredericia kommune en hjemmeside henvendt til praktiserende læger med det formål, at give lægerne overblik over kommunale tilbud.

Overordnet ønsker de praktiserende læger yderligere konkret information om klinikkerne og ydelser. Her bør der gives praktisk information om beliggenhed, formål, målgruppe, klinikkens bemanding, og henvisningsmuligheder for at give de praktiserende læger en tryghed omkring tilbuddet og dets faglige tyngde. Det ønskes også at fremhæve værdien ift. klinikkens eksistens og ydelser. De praktiserende læger vil gerne være informeres via de rette fora, og informationen skal forblive nem tilgængelig. Der er praktiserende læger, som har udtalt, at det vil være hensigtsmæssigt at kommunikere gennem Praksisnyt eller gennem etablerede kvalitetsklynger, hvor lægerne mødes 3-4 gange årligt. Nogle af dem, der allerede har henvist, er blevet orienteret om klinikkerne gennem fx Bylægeforeningen, hvor alle praktiserende læger deltager, eller via kommunalt PLO, hvor bl.a. kommunens Klinik for Psykisk Sårbare og Spiseforstyrrelse kort har fortalt om klinikken.

Der er endnu ikke etableret en formel henvisningspraksis, da dette ikke er muligt for nuværende mellem klinikker for seksuel sundhed og praktiserende læger. Derfor foregår henvisning meget simpelt ved, at den praktiserende læge ofte åbner klinikkens hjemmeside sammen med klienten,

hvorefter klienten får kontaktinfo eller et henvisningslink til klinikkens hjemmeside.

I de tilfælde, hvor en patient fx får lagt en spiral i klinikkerne for seksuel sundhed, er det væsentligt, at det fremgår via FMK, og at der udarbejdes en kortfattet epikrise, som dokumenterer dette, da nogle læger finder dette relevant, mens andre læger ikke ønsker nuanceret information.

Det samme gælder for andre typer af prævention. Hvis den praktiserende læge skal kunne følge patienten, efter at klinikken har udleveret fx p-piller, er det vigtigt, at der laves en fælles opfølgningsplan og kontrol ift. evt. blødning eller blodprop ifm. præventionen.

— For mig kan det være en blind vinkel, hvem der har brugt tilbuddet, fordi fra alle andre tilbud får vi besked [...] så jeg har finger på pulsen.

Praktiserende læge

Nogle praktiserende læger kender i forvejen lokaleområdet rigtig godt og følger flere patienter helt fra barndommen ind til voksenlivet. Det betyder derfor meget for den praktiserende læge at kunne følge med og vedligeholde den gode, tætte kontakt, hvor både lægen har et godt overblik over forløbet, og patienten oplever et trygt og sammenhængende sundhedstilbud.

Derfor ønskes det, at informationer deles mellem klinikken og praktiserende læge både ift. medicin og om evt. andre behov, der skal følges op på.

7.
Brugerportrætter af unge klienter

Dette kapitel præsenterer et centralt analyseresultat fra den kvalitative evaluering i form af fire brugerportrætter, som er udviklet på baggrund af interviews med unge og medarbejdere. Et brugerportræt er et kommunikationsværktøj, der visualiserer ved hjælp af tekst, billeder, citater og figurer; en fiktiv bruger knyttet til en specifik målgruppe.

De fire brugerportrætter, der præsenteres på de efterfølgende sider, visualiserer *den velfungerende unge, den sårbare unge, den transkønnede unge, og den grænsesøgende unge*. Det bemærkes, at portrætterne ikke er udvalgt på baggrund af et flertal af unge med bestemte karakteristika, men at de visualiserer den mangfoldighed og den bredde, der findes i det klientel, som opsøger klinikkerne for seksuel sundhed. De følgende fire portrætter giver et indblik i udvalgte unges karakteristika, behov og oplevelser i forbindelse med kontakt til klinikker for seksuel sundhed.

Grænsesøgende ung

Tobias er 21 år og har sabbatår efter gymnasiet. Han bor alene i sin lejlighed og har en kæreste. Siden sin seksuelle debut, har Tobias været meget usikker på sig selv, da han har en oplevelse bag sig, hvor hans tidligere kæreste har anmeldt ham for voldtægt. Det har haft stor betydning ift., hvordan Tobias opfatter sig selv, og hvordan han indgår i seksuelle relationer.

Tobias er på grund af sine erfaringer meget forsigtig og har svært ved at være undersøgende ift. sin seksualitet, og hvordan man indgår i en naturlig seksuel relation. Han er dermed også i tvivl om, hvordan han sætter naturlige grænser og respekterer andres grænser. Han har talt med sin nuværende kæreste om det, og det er rart, at hun er forstående, men Tobias oplever alligevel, at han har svært ved at udleve sine seksuelle fantasier og stå fast ved sin seksualitet og samtidig respektere, at andre mennesker kan have andre grænser.

Tobias har via internettet fundet frem til klinikkens hjemmeside. Han kontakter klinikken og taler med en imødekommende medarbejder, som inviterer ham til en rådgivende samtale.

Samtalen går rigtig godt, fordi Tobias føler sig tryg til at åbne op og får flere perspektiver og hjælp til sin situation.

— Samtalerne i klinikken har været mit frirum til at tale med nogen om noget der er svært. Det har været første gang jeg fik virkelig fortalt om de ting, som jeg føler dybt inde i mig, og som gør det svært for mig at være i et fast forhold.

Klinikken har haft et par samtaler med Tobias, og det har bl.a. hjulpet ham til at anerkende, at vi er meget forskellige som mennesker, og at vi er ok, som vi er, uanset seksuelle præferencer. Klinikken har derudover åbnet op for den mulighed at tage imod et kommunalt tilbud om gratis psykologhjælp og opfølgende samtaler og terapi.

— Jeg oplevede at klinikkens medarbejdere var meget kompetente, og jeg kunne mærke, at de virkelig gerne ville hjælpe mig, og at de var fordomsfri.

Sårbar ung

Line er 19 år og har tidligere gået på handelsskolen men er for nyligt droppet ud. Hun havde for meget fravær pga. udfordringer med familie og kæreste. Nu arbejder hun på et lager, og det er ok.

Line bor sammen med sin kæreste i en lejlighed i en af de ydre bydele. Det går nogenlunde men hun har udfordringer med sin kæreste, fordi de skændes tit, og Lines familie har forsøgt at overtale hende til at flytte hjem, da de er urolige over, at hun er sammen med sin kæreste.

Da Line var 17 år, blev hun gravid og fik efterfølgende en abort. Det var ikke med hendes nuværende kæreste, hun blev gravid, men med en tilfældig fyr hun mødte i byen.

— Det var et hårdt forløb at skulle igennem, men jeg tror ikke at jeg kan passe på et lille barn.

Line har gennem en veninde hørt om Klinikken for Seksuel Sundhed, og at de tilbyder gratis prævention. Derfor henvendte hun sig på det telefonnummer, hun har fået af sin veninde. Line har efter den uønskede graviditet og abort brugt p-piller, men hun har svært ved at huske at tage sin daglige pille, så derfor vil hun gerne have en anden form for prævention, så hun ikke skal huske det med pillen dagligt.

Line ringer til Klinikken for Seksuel Sundhed og taler med en sød ældre dame. De aftaler, at Line skal komme op på klinikken til en snak.

Under den første samtale føler Line sig hurtig tryg, fordi medarbejderen er god til at lytte og stiller nogle gode spørgsmål. Line fortæller om hendes tidligere graviditet og abort, og gennem samtalen får Line og medarbejderen kredset sig ind på, hvilken type prævention, der vil fungere bedst for Line, og de aftaler en ny tid i klinikken, hvor Line skal have lagt en spiral.
Den dag Line skal have lagt en spiral, har hun sin kæreste med.

— Det er rart, at jeg må have en med til at støtte og holde i hånden.

Lines kæreste spørger også om forskellige ting, efter at det er overstået.

— Jeg har oplevet, at klinikken har været meget imødekommende og tryg at være i kontakt med. Det er gået hurtigt med at få en tid i Klinikken for Seksuel Sundhed. Det har været en god oplevelse, og jeg har fået vejledning gennem det hele.

Efter at Line har fået sat sin spiral op, opstår der smerter, og Line bliver meget urolig og bange. Hun er i tvivl om hun skal ringe til Klinikken for Seksuel Sundhed eller til sin egen læge. Men den medarbejder som Line talte med første gang ringer tilfældigvis til Line og spørger, hvordan det går. De får sammen talt om, at Line skal opsøge sin egen læge ift. et tjek for at sikre, at alt er ok.

Line har været glad for hele forløbet og vil gerne anbefale klinikken til andre, men hun syntes, at det godt kan blive lidt bedre ift. at komme i kontakt med klinikken.

— Det er svært, at man kun kan få fat i klinikken to dage om ugen, jeg syntes også det kunne være godt med udvidede telefontider og åbningstider.

Transkønnet ung

Kim er 17 år og bor hjemme hos sine forældre. Han er aseksuel og har haft svært ved at fortælle omverden om sin situation. Han har oplevet frygt for at fortælle det og har følt sig svigtet af sin familie.

Det har været en stor omvæltning for Kim at føle sig som en dreng, når han er født som en pige. Venner og familie har haft lidt svært ved at acceptere det, og det har frustreret Kim helt vildt.

— Nogle dage har jeg følt mig fortabt og meget alene.

Kim har flere gange taget tilløb til at tale med sine forældre om det, men hver gang, har han oplevet, at hans mor bliver ked af det, og at hans far altid siger, at det er nok bare en fase, det går over.

Derfor har han gennem skolen søgt sin lærer for at få en snak om sine følelser, og det har været en god oplevelse, da hans lærer har henvist til skolens sundhedsplejerske. Sundhedsplejersken har haft et par samtaler med Kim og har efterfølgende kontaktet en medarbejder på Klinikken for Seksuel Sundhed, der efterfølgende kontaktede Kim pr. telefon.

— Mit første møde med medarbejderen på Klinikken for Seksuel Sundhed var rigtigt godt, der blev hurtigt skabt en rolig stemning, og jeg følte lyst til at fortælle min historie.

Kim har haft en række samtaler med den pågældende medarbejder, og det har været en stor hjælp, at der har været tillid fra starten. Han har oplevet, at der blev stillet åbne spørgsmål, og at det har været vigtigt, at han selv har skulle finde svarene.

— Jeg fandt ud af, at klinikken er meget specialiseret og har know how på området, og den medarbejder, jeg har talt med, har hjulpet mig med at sætte tingene i perspektiv.

Den medarbejder, som Kim har talt med, oplyste at klinikken har et stort netværk, som inddrages efter behov og afhængig af samtalernes karakter, derudover er der medarbejdere, der er specialiseret i at varetage forskellige samtaler om seksuel sundhed.

Kim har opsøgt sin egen læge tidligere men oplevede, at det var svært at tale om emnet med sin læge. "Det fik mig til at føle mig forkert, derfor har det været vigtigt, at jeg har fået den rigtige hjælp". Gennem samtalerne i Klinikken for Seksuel Sundhed fik Kim værktøjer til at håndtere forskellige situationer og mellem møderne har han afprøvet redskaberne i hverdagen.

— Jeg har fået mere mod på at springe ud som transkønnet.

— Jeg havde rigtig meget tillid til dem; jeg vidste, at jeg kunne føle mig tryg og anonym, og at det var ikke noget, de ville gå videre uden min tilladelse.

Klinik for Seksuel Sundhed har henvist til Center for Kønsidentitet og egen læge ift. yderligere samtale og hormonbehandling. Derudover har klinikken henvist til en kontakt ind til en lokal frivilligorganisation oprettet af forældre til transkønnede børn, som Kim kan videregive til sine egne forældre.

Velfungerende ung

Sofie er 21 år og læser til radiolog. Hun bor sammen med sin kæreste i en lejlighed i centrum, og det er hun rigtig glad for. Sofie har boet ude, siden hun var 18 år, og hun er vant til at tage vare på sig selv og få hverdagen til at fungere.

Sofie har siden hun var 17 år brugt prævention; først forsøgte hun med p-piller, som ikke fungerede for hende. Dels fordi hun som yngre havde svært ved at huske at tage sin daglige pille, men også fordi hun efter et år med p-piller fik en blodprop i benet.

Sofie er meget udadvendt og kan tale åbent med de fleste mennesker. Når hun taler om sex og sundhed er det tit med veninder, men hun taler også fint med sin mor. Sofie opsøgte sin egen læge, da hun skulle have prævention første gang. Det var lidt grænseoverskridende at tale med hendes egen læge, og så var det besværligt at få en tid hos lægen.

— Hos min egen læge følte jeg ikke, at der var den nødvendige tid til at tale om valg af prævention og det føltes ikke helt trygt, da hele min familie går hos samme læge.

Sofies læge skrev til hende gennem Minlæge appen og anbefalede Klinikken for Seksuel Sundhed og klinikkens tilbud om gratis prævention. På den baggrund søgte hun på internettet for at finde flere oplysninger om klinikken og faldt over en hjemmeside med kontaktinfo.

— Det var lidt svært at finde information om klinikken og deres tilbud. Jeg kunne godt have brugt mere information og gerne gennem sociale medier, da det er det sted, hvor jeg primært færdes.

Derefter kontaktede hun klinikken og fik lavet en aftale om en rådgivende samtale. Sofie blev lidt overrasket over at blive modtaget af en ældre medarbejder i Klinikken for Seksuel Sundhed. Hun havde forventet, at det var en yngre medarbejder hun kunne spejle sig i, men under deres samtale blev hun hurtig tryg, da medarbejderen var rigtig god til at informere om de forskellige muligheder. Hun var meget kompetent, og samtalen foregik på Sofies præmisser.

Den løsning, de fandt ud af ville fungere for Sofie, var en spiral, så der blev derefter aftalt tid til endnu en konsultation til opsætning af spiral. Under den første rådgivende samtale gennemgik medarbejderen hele forløbet, og gennem illustrationer fik Sofie et fint indblik, i hvordan det hele skulle foregå.

— Det gik rigtig fint, da min spiral skulle sættes op. Der var to medarbejdere tilstede, en læge og en anden medarbejder, som holdt mig i hånden. De var mega søde, og jeg er rigtig glad for min spiral.

Efter den sidste konsultation i Klinikken for Seksuel Sundhed er Sofie lidt i tvivl, om hendes læge får besked om, at hun har fået spiral, og hvem der skal tjekke, om alt er ok. Hun overvejer at kontakte klinikken i den nærmeste fremtid.

Sofie vil helt sikkert anbefale Klinikken for Seksuel Sundhed til andre, men hun syntes, at det kunne være endnu bedre, hvis der var udvidet åbningstider og telefontider. Og så er det vigtigt, at klinikkerne overvejer, hvordan de vil kommunikere om deres eksistens og tilbud i fremtiden.

— Det var rigtigt svært at finde information om klinikken og deres tilbud.

8. Perspektivering og anbefalinger

Med afsæt i den samlede evaluering af klinikker for seksuel sundhed i Fredericia, Vejle og Odense er der afledt en række perspektiver og anbefalinger på tværs af de tre klinikker, der retter sig mod en eventuelt permanent forankring af klinikkerne. Kapitlet tager udgangspunkt i de forudgående analyseresultater ift. klientkarakteristik og unges og medarbejders oplevelser i klinikkerne. For yderligere nuancering af baggrunden for nedenstående perspektivering og anbefalinger henvises til kapitel 5 og 6, der præsenterer de tre klinikker inkl. kvantitative og kvalitative fund.

8.1. Tværsektoriel organisering

Klinikkerne for seksuel sundhed har fælles tværsektoriel ledelse, som består af en kommunal leder og en lægefaglig konsulent fra Region Syddanmarks sygehuse. De varetager ledelsen i klinikkerne. Derudover har klinikkerne fælles tværsektoriel konsulentunderstøttelse efter behov. For alle tre klinikker har ovennævnte konsulentunderstøttelse været af stor værdi i udviklingsfasen, da konsulenterne har understøttet internt i de pågældende kommuner og i særdeleshed i samarbejdet på tværs af sektorer.

Tværsektoriel organisering har både en positiv effekt og samtidig udfordre denne organiseringsform forskellige områder. Jf. kvalitative fund er det medarbejdernes indtryk, at tværsektoriel organisering giver muligheder i det tværfaglige samarbejde med udgangspunkt i en helhedsorientering omkring de unge. Derudover giver denne organiseringsform bl.a. mulighed for sammenhængskraft mellem sektorer, herunder smidig henvisning, fx ifm. aborter og oplægning af spiral, når det kræver specialiseret viden og udstyr.

Den tværsektorielle organisering kan samtidig give udfordringer på nogle områder, herunder IT systemlandskabet, der er forskelligt hhv. i kommune og region. Der er konkrete juridiske og lovgivningsmæssige forhindringer, der gør det svært at løse. I det praktiske arbejde i klinikkerne har det konsekvens, da der opfindes forskellige analoge redskaber, bl.a. papirdokumentation.

Derudover kræver en tværsektoriel organisering kontinuerlig fokus på gennemsigtighed og løbende dialog. Under de nuværende rammer og vilkår ift. begrænset tid og tilstedeværelse i klinikkerne kan det være en udfordring at prioritere tid til udvikling, faglig sparring og det sociale.

Anbefalinger
Der bør fokuseres på udvidet muligheder i de organisatoriske rammer, herunder tid til udvikling af klinikkerne og deres ydelser, samt tid til det oplysende og opsøgende arbejde. Derudover anbefales, at det afdækkes, hvilken positiv/negativ effekt det har med tværsektoriel fælles ledelse og konsulentunderstøttelse heraf.

8.2. Etablering af klinikkerne

Ifølge medarbejderne på tværs af klinikkerne, er det vigtigt ved etablering af klinikker at prioritere den nødvendige tid til at etablere selve organisationen, herunder tid til at lære hinanden at kende, forventningsafstemme ift. de forskellige faglige

profiler og at afklare, hvordan samarbejdet skal foregå internt i klinikkerne. Medarbejderne ønsker desuden en detaljeret funktionsbeskrivelse, da det giver genkendelighed og gennemsigtighed til den pågældende medarbejder og kollegaerne.

I forbindelse med etableringen kan der desuden med fordel tages en drøftelse ift. en udvidelse af målgruppen til at inkludere de 30-årige med henblik på forebyggelse særligt for sårbare/udsatte familier og individer og par med anden etnisk baggrund. De unge efterlyser endvidere en udvidet kontaktflade fx kontakt pr. mail/telefon i et udvidet tidsrum.

Ift. klinikkens konkrete rammer er det væsentligt, at de unge modtages personligt af en medarbejder. Det påpeges, at rammerne bør være fleksible, inviterende og hyggelige (hjemmelige) og give mulighed for at skabe privatsfære for den enkelte i ankomstområdet. Flere af de adspurgte unge i denne evaluering fremhæver fx en kønsneutral, varm og hjemmelig atmosfære som positiv.

Anbefalinger
De kommende drøftelser vedr. en eventuel permanentgørelse bør fokusere på en vurdering af målgrupper, herunder fx en udvidelse og fokus på det forebyggende særligt for sårbare/udsatte familier og individer og par med anden etnisk baggrund. Gennemsigtighed skal prioriteres, fx gennem tydelige funktionsbeskrivelser for de medarbejdere der er tilknyttet klinkkerne. Afsøg muligheder for en udvidet kontaktflade fx kontakt pr. mail/telefon i et udvidet tidsrum.

8.3. Det relationelle

Et andet perspektiv, der går på tværs af evalueringsresultater ift. de tre klinikker for seksuel sundhed, beskriver det relationelle bånd blandt de interne og eksterne samarbejdspartnere i dette tværsektorielle tilbud. Relationer og netværksdannelse bør prioriteres, hvor man oplyser om samarbejdet fx ved at være tydelig og gennemsigtig ift., hvad det indebærer, og hvor man samtidigt forpligter hinanden til samarbejdet omkring tilbuddet.

Dette gælder både de interne og eksterne samarbejdsrelationer man har indgået. Eksempelvis har enkelte klinikker allerede opbygget et netværk med relevante eksterne aktører fx frivilligorganisationer, uddannelsesinstitutioner fra folkeskole til universitet, private aktører, som skal vedligeholdes og evt. udbygges; dette set i lyset af at tænke sammenhæng og synergi ift. det samlede sundhedsvæsen. Ift. det interne relationsarbejde efterlyser medarbejderne helt konkret et tværgående internt forum for hver klinik, hvor alle møder ind i et jævnligt interval for at sparre, vidensdele og udvikle med udgangspunkt i en fælles retning.

Anbefalinger
Relation- og netværksdannelse bør prioritere i højere grad, både den interne og eksterne. Desuden anbefales, at der etableres forskellige fora, bl.a. et internt fora for medarbejdere i klinikkerne og eventuelt et fora på tværs af klinikkerne i Region Syddanmark med henblik på faglige drøftelser, udvikling og erfaringsudveksling.

8.4. Kompetenceudvikling

Jf. kvalitative fund er der stor diversitet ift. de rådgivende samtaler. Der er i den sammenhæng udtrykt et præmis hos medarbejderne om, at det er vigtigt, at de føler sig klædt på og i stand til at varetage både de lette og de samtaler, som er mere komplekse. Medarbejdere, der er adspurgt, efterlyser bedre muligheder for kompetenceudvikling, da det er væsentligt, at medarbejderne kan varetage en hensigtsmæssig rådgivning og møde de unge præcist, hvor de er, og uanset hvilket behov de kommer med.

Flere medarbejdere refererer til klinikkernes målsætning om et forebyggende og værdifuldt tilbud, der imødekommer den unges konkrete behov, også når det kræver mere specialiseret viden, kompetencer og tilgang for at imødekomme, hvad den enkelte unge klient har brug for.

Med udgangspunkt i behov knyttet til rådgivende samtaler, vil det være nødvendigt at overveje mulighed for kompetenceudvikling specifikt rettet mod at kunne varetage komplekse samtaler ift. psykosocial trivsel.

Medarbejdere, der har italesat ovenstående behov for kompetenceudvikling, er samtidig opmærksomme på, hvor grænsen går ift. klinikkens formål, og hvornår der eventuelt henvises til andre rådgivende tilbud. I de kvantitative data, specifikt for Odense, aflæses et større behov for rådgivning om køn, identitet og seksualitet, som kræver en mere specialiseret tilgang, hvilket de kvalitative data også bekræfter.

Afdækningen bekræfter desuden, at medarbejderne er gode til at skabe positive relationer med de unge, og at der er den nødvendige tid som har indflydelse på, om de unge åbner op. Dette er meget positivt, men samtidig er der behov for den nødvendige kompetenceudvikling, såfremt klinikkerne skal kunne imødekomme de unges forskellige behov.

Der er ydermere kvalitative fund der bekræfter, at medarbejderne oplever, at yngre gynækologer i hospitals regi, som er tilknyttet klinikkerne, har brug for praktisk træning af det gynækologiske speciale. I den forbindelse er der udtalt muligheder for en udvidelse af andre forebyggende tilbud, fx gynækologisk undersøgelse for celleforandringer hos unge.

Anbefalinger
Det anbefales, at der drøftes en udvidelse af muligheder for kompetenceudvikling specifikt rettet mod at medarbejdere kan varetage komplekse rådgivende samtaler ift. psykosocial trivsel. Derudover anbefales, at der overvejes muligheder i en udvidelse af andre forebyggende tilbud, fx gynækologiske undersøgelse for celleforandringer for unge. Ligeledes bør det afdækkes, hvorvidt der er muligheder i klinikkernes set-up ift. at invitere yngre læger ind, med henblik på at træne det gynækologiske speciale.

8.5. Klientrettet formidling

Den kvalitative afdækning indikerer, at de tre klinikker for seksuel sundhed har meget forskellige tilgange og prioriteringer ift. deres klientrettet formidling. Der er som udgangspunkt etableret et godt samarbejde med folkeskoler og nogle ungdomsuddannelser, mens der kun for én af klinikkerne også er etableret et samarbejde med universitetet. Det anbefales, at alle klinikker både nuværende og fremtidige skaber et større fokus og prioritering i deres formidlingsindsats, således målgruppen får nem adgang til viden om klinikkerne og deres ydelser.

En af klinikkerne har positive erfaringer med samarbejde med et kommunikationsbureau ift. tilrettelæggelse af en formidlings- og kommunikationsstrategi i forbindelse med etablering af klinikken. Den positive erfaring vil andre klinikker kunne drage nytte af, og dette bør anvendes i forbindelse med vidensdeling på tværs af klinikker og ved etablering af nye klinikker.

Kvalitative fund bekræfter, at unge har forskellige indtryk af tilgængelighed og adgang til viden om klinikkerne og ydelser. En stor procentdel af de adspurgte unge nævner, at de har opnået kendskab til klinikkerne og ydelser enten gennem en ven/veninde, sundhedsplejerske eller i forbindelse med kontakt til praktiserende læge. Der er en mindre procentdel, der nævner, at info er opnået via klinikkernes hjemmeside eller Facebook.

Adspurgte unge beskriver muligheder i at anvende sociale medier i et større omfang og som formidlingsplatform. De henviser til, at deres primære færden foregår via og gennem sociale medier, og derfor bør det overvejes, om dette behov skal imødekommes ift. fremtidig formidling.

Klinikkernes formidlingsindsats omfatter ligeledes det opsøgende arbejde, særligt med fokus på udsatte og sårbare. Der er positive erfaringer fra én af klinikkerne, der har opnået succes med prioritering af det opsøgende bl.a. gennem samarbejde med udvalgte organisationer og institutioner. Adspurgte medarbejdere bekræfter, at de kan se en effekt ift. søgning af udsatte/sårbare, som i større grad anvender klinikkens ydelser. På den baggrund bør der prioriteres tid og ressourcer til prioritering af det opsøgende arbejde, da det kræver en ekstraordinær indsats.

Jf. kvalitative fund og kvantitative data er der større søgning af kvinder end mænd, der kontakter og anvender klinikkernes ydelser. Såfremt der ønskes flere mandlige unge og en mere jævn fordeling mellem kønnene, bør klinikkerne overveje, hvilken initiativer der skal igangsættes; fx kampagner målrettet mænd, ansættelse af mandlige medarbejdere i klinikkerne for at sikre en større andel af mandlige klienter.

Anbefalinger
Det anbefales, at klinikkernes formidlingsindsats ensrettes, og at der udarbejdes en formidlings- og kommunikationsstrategi der inkluderer både det formidlingsmæssige og opsøgende oplysningsarbejde. Derudover bør det overvejes i hvilken omfang klinikkerne kan understøttes økonomisk ift. ovenstående indsats.

Unges behov bør tages i betragtning ift. at overveje at inkludere sociale medier som formidlingsplatform. Ligeledes bør klinikkerne fokusere på, hvordan de formidlingsmæssigt kan tiltrække mænd, så-

ledes, at der bliver en mere jævn fordeling mellem kønnene der opsøger klinikkerne og deres ydelser.

8.6. Praktiserende læger

Adspurgte praktiserende læger nævner, at det har betydning at kende til klinikkerne for seksuel sundhed, og at de i forbindelse med kendskab opfatter klinikkerne som et godt supplerende tilbud, hvor der er god tid og rådgivning til unge.

I det fremtidige samarbejde med de praktiserende læger anbefales det, at fokusere på en positiv etablering af samarbejdet, herunder en målrettet og involverende formidlingsindsats om klinikkerne og ydelserne. Der gøres opmærksom på, at der kan være forskellige holdninger og behov ift. den enkelte læge; fx kan der være enkelte praktiserende læger, der har brug for at se, hvilken medarbejdere der er ansat på klinikkerne, hvilken faglig baggrund medarbejderne har, og hvad man særligt ønsker at sætte fokus på ift. de unge.

Derudover er det vigtigt at formidle omkring, hvilke henvisningsmuligheder der er, og hvordan man helt konkret praktiserer det – er det fx gennem telefonisk kontakt til en medarbejder, henvisning via et link eller andet. For nuværende findes disse kontaktinformationer/linket på nettet og skal søges frem, men det bemærkes, at det med fordel kan ligge på praksis' fælles informationsplatform.

Flere af de adspurgte praktiserende læger har ydermere nævnt, at de i høj grad ønsker en kort epikrise og opfølgningsplan, særligt når der er tale om prævention og uforudsete følger heraf fx blødninger, højt blodtryk m.m. De praktiserende læger har ikke selv mulighed for at holde overblikket og følge op på den enkelte ung ift. fx årlig kontrol ifm. p-piller, samtale eller/og måling af vitalparametre, hvis det udelukkende noteres i FMK. Derfor bør det drøftes, hvem der varetager opfølgningen, enten den praktiserende læge eller klinikkens medarbejdere, og hvordan den fælles opfølgningsplan deles på tværs.

Anbefalinger
Det anbefales, at der tilrettelægges en hensigtsmæssig oplysningskampagne rettet mod praktiserende læger, med henblik på at give lægerne ensartet viden om klinikkerne og ydelser. Ligeledes anbefales, at lægerne i højere grad inviteres ind til en drøftelse omkring det fremadrettet samarbejde, således at behov fra begge samarbejdspartnere kortlægges.

9. Konklusion

Formålet med etablering af klinikker for seksuel sundhed er at forbedre den seksuelle sundhed blandt unge. Dette studie bekræfter, at klinikkerne er godt på vej. Evalueringen viser, at de unge finder klinikkerne og tilbuddene meningsgivende, værdifulde og tryghedsskabende. De sundhedsfaglige medarbejdere med tilknytning til klinikkerne har formået at skabe et attraktivt og inviterende sted, hvor tværfaglighed og professionel tilgang udgør en vigtig faktor for, at de unge søger tilbuddet og oplever det inkluderende. Ift. søgning til klinikken er det afgørende, at klienterne kan henvende sig anonymt, og at kontakten er nem og tilgængelig.

Det opleves, at medarbejderne, som varetager de rådgivende samtaler, formår at åbne op og imødekomme diverse behov ift. samtaleemner. Når de unge henvender sig, kommer de ofte uden en formuleret problemstilling, som medarbejderne på en ydmyg, personlig og inviterende måde identificerer sammen med klienten. Mødet med medarbejderne har betydning for de unge, som udtrykker, at de oplever, at mødet med klinikkens medarbejdere foregår i øjenhøjde og anerkendende. Det giver medarbejderne et positivt udgangspunkt for at få indsigt i unges trivsel, mentale og seksuelle sundhed.

For nuværende sker henvendelsen til klinikkerne med henblik på rådgivning, test og prævention primært fra kvindelige klienter. Der er potentiale for at udbrede tilbuddet til mænd og derved tiltrække flere unge mænd, som kan opleve udfordringer ift. fysisk, følelsesmæssig og psykosocial trivsel omkring deres seksualitet, eller der kan testes for kønssygdomme og evt. få udleveret gratis prævention.

Klinikkerne i Fredericia, Vejle og Odense tilbyder de samme tre ydelser; det er anonym rådgivning, test for kønssygdomme og prævention, men den lokale kontekst har indflydelse på søgning og ydelsernes aktualitet. Én af klinikkerne adskiller sig markant, idet de rådgivende samtaler har en dybdegående psykologisk karakter og større kompleksitet end ved de øvrige klinikker. Her kredser samtalerne sig fx om kønsidentitet, grænser ift. seksualitet, overgreb og psykisk betonede problemstillinger relateret til seksuel sundhed ud over søgning til prævention og test. De andre klinikker har ligeledes søgning til rådgivning, prævention og test, men klinikkerne oplever ikke samme diversitet i de rådgivende samtaler.

Der er i det kvalitative studie identificeret fire fiktive brugerportrætter, disse er Den velfungerende, Den grænsesøgende, Den sårbare og Den transkønnede ung. Brugerportrætterne visualiserer forskellige behov, der knytter sig til kontakt og dialog i relation til klinikkerne. I forhold til den sårbare unge er der forskel på medarbejdernes mulighed for det opsøgende og på, hvor meget de enkelte klinikker prioriterer det opsøgende arbejde. Ofte er det sundhedsplejersken, som kan identificere sårbare, typisk gennem kontakt i folkeskoleregi. Såfremt klinikkerne skal imødekomme denne særlig sårbare gruppe, som har oplevet uønsket seksuel adfærd eller er på anden måde socialt udsat, og som afleder udfordringer ift. seksuel sundhed, bør der prioriteres og igangsættes særlige indsatser.

Der er et potentiale i at skabe kontakt med unge kvinder og par med anden etnisk baggrund. Hos disse klienter er seksuel sundhed særligt tabubelagt, og ofte er der ikke tradition for at tale om seksuel sundhed blandt anden etniske grupper. Klinikkerne kan bidrage til seksuel oplys-

ning og understøtte det forebyggende og sundhedsfremme ift. seksuel sundhed.

Afslutningsvis er det væsentligt at nævne, at klinikkerne og medarbejderne yder en stor indsats, hvor mange medarbejdere efter evaluatorens indtryk ikke blot udfylder et job, men i særdeleshed gør en væsentlig forskel for de unge. At klinikkerne er et supplerende tilbud, som man kan henvende sig anonymt til, udtrykker sig markant blandt de unge som noget særdeles attraktivt. De unge udtrykker tillige stor værdi ift. rådgivning og mulighederne i gratis prævention, hvilket giver alle unge under 30 år uanset status og økonomi en mulighed for og adgang til tidssvarende, forebyggende og sundhedsfremme seksuel og mental sundhed.

10. Litteraturliste

Odense Kommune (2020). *Projektbeskrivelse vedr. etablering af Klinikker for Seksuel Sundhed i Odense.*

Graugaard, C. (2010). *Vokseværk, et signalement af unges seksuelle liv.* Psyke & Logos.

Sundhedsstyrelsen (2022). *Seksuel sundhed*. URL: www.sst.dk/da/viden/seksuel-sundhed, citeret d. 28.03.2022

Graugaard, C., Klarlund Pedersen, B. og Frisch, M. (2015). *Seksualitet og Sundhed*, Vidensråd for Forebyggelse, København, s. 1-43.

Opfølgning og videre drøftelse af arbejdet vedr. børn og unges mentale sundhed (SSS)

RESUMÉ

Strategisk Sundhedsstyregruppe besluttede på mødet den 25. januar 2023, at der skal udarbejdes en handleplan for trinvis implementering/reimplementering af anbefalingerne i den tværsektorielle samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet samt de tre forløbsprogrammer for børn og unge med mistrivsel.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Re-implementeringsplanen beskriver, hvordan en række allerede godkendte indsatser i den tværsektorielle samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet kan få fornyet opmærksomhed lokalt.

Det er positivt, at klyngerne bedes om at udarbejde en lokal implementeringsplan for de forskellige indsatser, da det skaber rum for, at klyngerne kan prioritere indsatserne i forskellige tempi, alt efter hvad det giver bedst mening i den enkelte klynge.

Det er vigtigt at have fokus på, at der forsat skal være åbenhed for, at de enkelte kommuner kan have forskellige organiseringer, der kan løse de fælles udfordringer.

I den vedhæftede re-implementeringsplan fastholdes denne tilgang og det vurderes ikke, at planen har økonomiske eller organisatoriske konsekvenser for den enkelte kommune foruden udpegninger af kommunale deltagere til eventuelle arbejdsgrupper (såfremt det besluttes på klyngeniveau at nedsætte disse) samt det sekretariatsarbejde, der ligger i at udarbejde lokaler tidsplaner.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- drøfter om man fra kommunal side kan bakke op om forslaget til den overordnede re-implementeringsplan

---

INDSTILLING

Det indstilles, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Godkender den overordnede re-implementeringsplan
- Anmoder sundhedsklyngerne om at sikre en organisering, der kan varetage implementeringen af anbefalingerne i den tværsektorielle samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet samt indholdet i de tre forløbsprogrammer
- Anmoder sundhedsklyngerne om, at der udarbejdes en konkretiseret lokal implementeringsplan senest til mødet i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 8. november 2023

SAGSFREMSTILLING

Strategisk Sundhedsstyregruppe besluttede, at handleplanen skal indeholde en tids- og procesplan for, hvilke anbefalinger, der arbejdes med, hvornår. Der lægges op til, at det videre arbejde

fortsat udrulles på tværs af regionen og de 22 kommuner, men med mulighed for lokalt at oppriori-tere konkrete indsatser.

Vedlagt er en overordnet re- implementeringsplan for den Tværsektorielle aftale på børne- og un-geområdet i Region Syddanmark samt de tre forløbsprogrammer (ADHD, angst/depression og spi-seforstyrrelser). I vedlagte bilag er udarbejdet en status på de enkelte anbefalinger samt et forslag til kommende handling.

Derudover lægges der op til, at de enkelte sundhedsklynger udarbejder en lokal implementerings-plan for en implementeringsperiode gældende fra nu og til og med den kommende sundhedsaftale-periode, dvs. medio 2027.

BILAG

- Plan for implementering/re-implementering af anbefalingerne i den tværsektorielle samar-bejdsaftale på børne- og ungeområdet samt de tre forløbsprogrammer for børn og unge med mistrivsel

Onsdag den 1. marts 2023

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Re-implementering af den Tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark samt forløbsprogrammerne (ADHD, spiseforstyrrelser og angst/depression)

Indledning

Børn og unges trivsel er et aktuelt tema på alle niveauer i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 8. december 2022, at børne- og ungeområdet skal være et særligt indsatsområde, herunder at der skal ske en re-implementering af den Tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark samt de tre forløbsprogrammer (ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser). Desuden har alle sundhedsklyngerne – både på politisk og på fagligt strategisk niveau – drøftet temaet.

Læsevejledning

Nærværende dokument er bygget op over to dele:

- En overordnet re-implementeringsoversigt ift. roller og ansvar i den nye organisering med sundhedsklyngerne på Sundhedsaftaleområdet.
- En afsluttende status på det tidligere implementeringsarbejde fra 2022. Statusbeskrivelsen er bygget op over de overordnede anbefalinger i aftalegrundlaget for børne- og ungeaftalen samt fra forløbsprogrammerne. Status beskriver projektarbejdet samt de anbefalinger, som de fire lokale børne- og ungeimplementeringsgrupper er fremkommet med. Status er givet på Sundhedssamarbejdsudvalgets møde den 8. december 2022.

Overordnet re-implementeringsplan

Re-implementeringsoversigten er udarbejdet med fokus på at opnå formålet med samarbejdsaftalen; ”*at skabe et smidigt og effektivt samarbejde til gavn for de børn og unge, der er i risiko for eller allerede mistrives og deres pårørende”.*

De centrale elementer for tidlig opsporing og forebyggelse på børne- og ungeområdet i det tværsektorielle samarbejde er dialog, samarbejde og koordination. Denne overordnede re-implementeringsoversigt beskriver forslag til den fremtidige ansvarsfordeling byggende på et gensidigt ansvar på udvalgte områder samt status og resultat af initiativer på prioriterede anbefalinger i aftalegrundlaget.

Re-implementeringsperioden forløber til og med kommende sundhedsaftaleperiode (2027), hvorefter der gøres status på implementeringsarbejdet.

Sundhedssamarbejdsudvalget og Strategisk sundhedsstyregruppe får løbende orientering om status på re-implementeringsarbejdet.

Emner **Anbefalinger**	**Sundhedssamarbejds-udvalget (SSU)**	**Strategisk sundhedsstyregruppe (SSS)**	**Sundhedsklynger, Fagligt strategisk niveau**	**De enkelte organisationer, institutioner (herunder almen praksis)**
Generelt				
Organisering af børne-unge aftalen og de tre forløbsprogrammer		Sikrer fremdrift i implementeringen. Sikrer tværgående organisering af børne- og ungeområdet. Afgør, om der skal etableres lokale arbejdsgrupper mhp. implementering. I dialog med Socialdirektørforum.	Sikrer en understøttende organisering af samarbejdet bredt set, herunder samarbejdet og koordineringen. Det kan ske ved at nedsætte en lokal tværfaglig- og sektoriel arbejdsgruppe. Er opmærksomme på egen organisations rolle og opgaver ind i det tværsektorielle.	Den enkelte kommune og sygehus, sikrer hver for sig internt en understøttende organisering. Dette for at sikre samarbejde og koordination, tværfaglig- og tværsektorielt. Den enkelte kommune og sygehus udarbejder også en lokal implementeringsplan.
Relationel koordinering og kapacitet (kompetenceudvikling)		Foreslår de fagligt strategiske niveauer i Sundhedsklyngerne at aftale, hvordan der arbejdes med relationel koordinering og relationel kapacitet	Aftaler, beskriver og planlægger, hvordan der konkret arbejdes med relationel koordinering og kapacitet. Koordinerer tidspunkt og deltagere i fællesskab	De respektive organisationer udpeger deltagere
Forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser hos børn og unge, herunder kompetenceudvikling		Beslutter og understøtter ambitionsniveauet for kompetenceudviklingen ift. Sundhedsklyngerne. Modtager oplæg til, hvilken type kompetenceudvikling der er behov for at igangsætte	Sikre organisatorisk sammenhæng omkring implementering af forløbsprogrammet Drøfter og stiller forslag til, hvilken type	De respektive organisationer udfører og udpeger deltagere

Emner Anbefalinger	Sundhedssamarbejds-udvalget (SSU)	Strategisk sundhedsstyregruppe (SSS)	Sundhedsklynger, Fagligt strategisk niveau	De enkelte organisationer, institutioner (herunder almen praksis)
			kompetenceudvikling der er behov for	
Sundhed.dk /platform		Afventer Sundhed.dks nye struktur på børne- og unge området ift. organisering af tilbud. Herefter besluttes det, hvordan tilbuddene skal præsenteres mere ensartet i struktur og opbygning i Syddanmark	Overblik over eksisterende forebyggende tilbud på området. Er der overlap eller mangler der tilbud?	Den enkelte kommune og sygehus sørger for at få opdateret tilbudsoversigten. Overvejelser om etablering af fælleskommunale tilbud, der hvor volumen er usikker/lav.
Underretning			Sikre anvendelse af de udarbejdede materialer Lokale drøftelser vedr. brugen af underretninger. Lokale fyraftensmøder med information om brugen af underretninger og sagens gang.	Den enkelte kommune gennemgår / tilpasser arbejdsgangen jf. aftalen (modtagelse, kvittering, og ikke mindst svar/tilbagemelding til underretter) Det enkelte sygehus gennemgår / tilpasser arbejdsgang og procedure for brug af underretning.
Dagtilbuds- og skolefravær			Drøftelse af muligheden for faglig sparring og etablering af netværk. F.eks. Tilbage til skole, ABC for mentalsundhed.	
Børn og unge som pårørende		Drøfte samarbejdet om børn og unge som pårørende	Lokale drøftelser af samarbejdet omkring børn og unge som	Følger op på drøftelser og beslutninger fra strategisk

Emner Anbefalinger	Sundhedssamarbejds-udvalget (SSU)	Strategisk sundhedsstyregruppe (SSS)	Sundhedsklynger, Fagligt strategisk niveau	De enkelte organisationer, institutioner (herunder almen praksis)
			pårørende, herunder involvering af civilsamfundet og Frivillighedskoordinatorerne.	sundhedsstyregruppen / Sundhedsklyngen
Netværksmøder / Fremskudt Funktion			Understøtter og følger op på samarbejdet. Herunder overvejelser om involvering af somatikken, som en prøvehandling. Overvejer kompetenceudvikling vedr. relationel koordinering og relationel kapacitet i samarbejdet. Tydelige dagsordner, mødeafvikling, og opfølgning (hvem gør hvad)	Tydelige dagsordner, mødeafvikling, og opfølgning (hvem gør hvad)
Tovholder			Drøftelse af tovholderrollen /funktionen. Understøtter samarbejdet. Skal samtænkes med Netværks-møder og Fremskudt Funktion.	Ud fra det enkelte forløb implementerer alle tre sektorer tovholderfunktionen i relation til bl.a. Fremskudt Funktion og Netværksmøder. Ledelsesmæssig fokus på opgaven mhp. at understøtte det sker.

Emner **Anbefalinger**	**Sundhedssamarbejds-udvalget (SSU)**	**Strategisk sundhedsstyregruppe (SSS)**	**Sundhedsklynger, Fagligt strategisk niveau**	**De enkelte organisationer, institutioner (herunder almen praksis)**
Elektronisk kommunikation	Beslutning om én elektronisk indgang til børne- og unge området. Får status på arbejdet i Sundhedsklyngerne og kommer med videre anbefalinger til SSS.	Aftale plan for omlægning til én indgang til kommunen bl.a. med baggrund i de prøvehandlinger der foreligger fra bl.a. Fredericia og Vejle.	Implementeringen af omlægningen til én elektronisk indgang til kommunen.	Forberedelse i egen organisation ift. arbejdsgange, procedure f.eks. for indhentning af samtykke til videregivelse af information mm.

Afsluttende overordnet status november 2022.

Indsats	Status	Fremadrettet
Udvikling af kompetenceudviklingstiltag og bistand til afvikling af kompetenceudvikling (fase 1)	Udvikling og tilpasning af koncept for afvikling af kurser i relationel koordinering i samarbejde med UC Syd	Der er blevet arbejdet med relationel-koordinering og kapacitet i de lokale samarbejder mhp at understøttet projektet. Der er behov for og ønske om fokus på samarbejde i de fælles fora, herunder relationel kapacitet (ledelsesmæssig fokus) og relationel koordinering (medarbejdere).
Aktivitet 1: Afvikling af fire workshops – behovsafklaring samt sikring af ledelsesopbakning (fase 2):	Der er afholdt konferencer og temadage, som bidrag til udvikling af samarbejdet og mhp. at sætte fokus på området både fagligt og ledelsesmæssigt. Udfordret af Covid situationen og aflysninger har været nødvendige.	De faglige input og anbefalingerne der er fremkommet arbejdes der videre med i implementeringsgrupperne i 2022. Dette for dels at forankre arbejdet og dels for at understøtte erfaringsudveksling. Der er få steder sat fokus på det Nationale Ledelsesprogram og fælles opgaver i "mellemrummet" til gavn for borgere og patienter. F.eks. Fyn (spiseforstyrrelser) og i det Sønderjyske (Angst/depression). Dette arbejde foregår i 2023.
Aktivitet 2: Afholdelse af fælles kompetenceudviklings- og implementeringsforløb for fagprofessionelle (ca. 60 deltagere pr. gang) (fase 3)	Afvikling af kurser i relationel koordinering i samarbejde med UC Syd	Der er blevet arbejdet med relationel koordinering og kapacitet i det lokale samarbejde mhp. at understøtte projektet. Der behov for fortsat fokus på relationel koordinering mhp. understøttelse af samarbejdet, både det faglige og det tværsektorielle.
Aktivitet 3: Læringsnetværks-/klyngedannelse (fase 4)	Netværksdannelse og afprøvning i igangsat, herunder samarbejde med Fremskudt Funktion. Eks. Har SLB og Kolding kommune arbejde med forbedringer af Netværksmøder. Ligeledes har BUP Vejle arbejdet med forbedringer af Netværksmøder med Kolding kommune.	Der arbejdes med netværksdannelsen og der arbejdes på forankring i driften. Temadage efterspørges ift. børn og unge i mistrivsel. Bl.a. er to dage og temaer valgt: spiseforstyrrelses konference den 11. maj 2022 og funktionelle lidelser den 8. juni 2022. Både med fokus på det faglige, men også på, hvordan kan vi samarbejder om målgruppen? Der er ønsker om flere faglige temadage i tværsektoriel regi, således vi også lærer hinanden at kende (fagligt og samarbejdsmæssigt).
Frikøb af læger i hele projektperioden	Almen praksis indgår som aktiv samarbejdspart i projektet og deltager i forskellige mødeaktiviteter.	Der er planlagt og er i gang med at blive planlagt møder med lokale praktiserende læger og praksiskonsulenter, samt både regionale og kommunale aktører omkring samarbejdet og den elektroniske kommunikation og samarbejde om børn og unge.
Afsluttende konference	Tanken var en afsluttende konference som afslutning på projektet.	Der er udtrykt ønske om, at holde årlige tværfaglige- og tværsektorielle netværksmøder omkring børn og unge i mistrivsel med forskellige temaer.

Jf. den oprindelige ansøgning om satspuljemidler har det været ønsket, at implementeringen af de tre forløbsprogrammer for børn og unge skulle gå hånd i hånd med implementeringen af den Syddanske samarbejdsaftale om forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel blandt børn og unge. Ud over et fælles fokus på organisering, arbejdsdeling og stafetbeskrivelse henholdsvis forløbsprogrammer og samarbejdsaftale er der en række elementer i den syddanske børne- og ungeaftale, som yderligere vil styre arbejdet med tidlig opsporing og mistrivsel. Elementerne er udviklet og implementeret i forbindelse med det samlede implementeringsarbejde og nedenfor fremgår en status på arbejdet med de syv faglige forpligtigelser.

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
Underretninger	Der er udarbejdet en fælles skabelon og vejledning ifm. anvendelse af underretning til brug for det sundhedsfaglige personale i Syddanmark. Denne skal nu i regionens Infonet til generel anvendelse, hvilket er igangsat og forventes implementeret i 2023. Der er udviklet læringsmateriale som understøttende redskab ifm. implementeringen af skabelonen, herunder f.eks. film. Der opfordres til at planlægge fælles fyraftensmøder lokalt om underretning i løbet af 2023, således man få en lokale drøftelse af udmøntningen af underretning. Se materialet her: Underretning (regionsyddanmark.dk)
Dagtilbuds- og skolefravær	Der arbejdes i alle kommuner med forskellige initiativer ift. at følge op på fravær blandt børn i dagtilbud og skolen. Der foretages bl.a. trivselsmålinger. Lokalt samarbejdes der tværsektorielt om forskellige initiativer som f.eks. ”Tilbage til skole”. Det har været drøftet, om der kunne findes frem til fælles screeningsredskaber, hvilket ikke har været muligt, da flere kommuner selv har et større arbejde i gang på området, som de ikke kan give afkald på. Men der er ønske om fortsat fokus på området og gerne understøtning heraf. F.eks. via lokale faglige- og tværsektorielle netværk mhp. inspiration, vidensdeling og fremdrift.
Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom	Der er igangsat et arbejde og der foreligger nu et foreløbigt udkast til en afdækning og et idékatalog/ faglige anbefalinger ift. børn og unge som pårørende i regionalt regi. Baggrund: I efteråret 2021 blev der udsendt et spørgeskema til alle sygehusene i regionen mhp. at få en overordnet afdækning af status og bedste praksis på området. Spørgeskemaet viste store potentialer og interesse for at arbejde med børn og unge som pårørende. Flere steder er der allerede fokus på opgaven, men der mangler systematik, retningslinjer, fælles redskaber og viden på området. På baggrund af spørgeskemaet, blev nøglepersoner med særlig interesse og viden
Børn og unge af forældre med psykisk sygdom	

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
	på området fra spørgeskemabesvarelsen, inviteret til at deltage i en workshop mhp. uddybelse af besvarelsen samt komme med konkret bud på initiativer. Spørgeskemaet og workshoppen danner grundlaget for dels afdækningen og dels forslag til idékataloget. Det regionale arbejde handler således om struktur, systematik og harmonisering i første omgang. Herefter om der skal indføres f.eks. familiesamtaler / familiefokuseret samtaler bredt set i både somatikken og psykiatrien. Der skal efterfølgende ses på samarbejde med kommuner og civilsamfundet omkring børn og unge som pårørende. Dette kan med fordel ske i regi af de lokale Sundhedsklynger.
Netværksmøder	Der er udarbejdet en fællesskabelon for netværksmøder samt udarbejdelse af en vejledning/guide ift. før, under og efter møderne. Dette er forslag til, hvordan der kan understøtte en sund kultur ift. det gode samarbejde og møder på tværs af sektorerne. Dertil afvikles der kurser i relationel koordinering (Aktivitet 2). Dette er der ønske om fortsætter, men mere lokalt og med lokale samarbejdspartner. På den måde iværksættes et forbedringsarbejde af (også eksisterende) Netværksmøder og driften af Fremskudt Funktion.
Tovholder	Tovholderfunktionen indtænkes som en del af personaleadfærden og sættes som fast punkt på møderne (vejledning/anbefaling til god mødeafholdelse jf. punktet ovenfor). På den måde forholder alle sig aktivt til, hvorvidt der skal være en tovholder i den konkrete tilfælde, og hvori opgaven består, således det er tydeligt for alle aktører. Tovholderrollen indgår ligeledes i kurset om relationel koordinering. Der er således sammenhæng mellem anbefalingerne. Tovholderfunktionen skal indtænkes i forbedringsarbejdet med hhv. Netværksmøder og Fremskudt Funktion.
Systematiseret kommunikation på børne- og ungeområdet	Der arbejdes på at få afdækket, hvordan sagsgangen, kommunikationen og samarbejdet skal være ift. tidlig opsporing og forebyggelse, herunder elektroniske kommunikation som understøttende redskab mellem parterne. Der er tale om at få formaliseret, struktureret og systematiseret kommunikationen og samarbejdet. Hvilket medfører øget kvalitet i sagsbehandling/patientbehandling og understøttet koordinering samt dokumentation. Der er udarbejdet tracer-forløb inden for spiseforstyrrelser, angst/depression og ADHD, som skal hjælpe med at afdække muligheder og udfordringer i samarbejdet set fra fagpersonalets samt patienters og pårørendes synsvinkler. Denne information er et vigtigt fundament for det videre udviklingsarbejde. Tracer-forløb der peget på behovet for forbedringer i kommunikationen og samarbejdet.

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
	Der er igangsat en proces, som skal munde ud i prøvehandlinger ift. elektronisk kommunikation fra almen praksis til kommunen om børn og unge i eller i risiko for mistrivsel, samt elektronisk kommunikation fra almen praksis til Fremskudt Funktion kommunen om børn og unge i eller i risiko for mistrivsel. Udfordringen er "indgangen" til kommunen samt kommunens "manglende" tværgående organisering på området. Udfordringen ift. Fremskudt Funktion er, at den er forankret i regionen, da der er ikke tale om patienter, men borgere (opsporing, forebyggelse, rådgivning og sparring) kræver særlig opsætning og instruks. Alternativt går den elektroniske besked ind i EPJ Syd og borgeren bliver patient og går ind under behandlingsgarantien. Det må ikke ske. Samtidig ses der på samtykkeerklæringer til indhentning- og videregivelse af informationer, således der er fokus på dette hos alle aktørerne samt i dialogen med familien. Hver organisation er nødt til at tænke i, hvordan egen sagsbehandling kan understøtte det tværsektorielle forløb, der hvor der er tværsektorielle forløb. Dette har betydning for tilrettelæggelse af egene sagsgange og procedure, således at lovgivning overholdes.
Relationel koordinering	Grundet Covid-19 blev kurserne blevet udskudt, men da Covid situationen desværre fortsatte, blev kurserne omlagt til online undervisning. Der var planlagt kurser for ca. 600 leder og medarbejder i Syddanmark inden for børne- og ungeområdet. Der er registreret i alt 755 tilmeldte siden 2020 til og med 2021. Her er fortsat et udviklings- og implementeringspotentiale som der arbejdes videre med dels grundet den geografiske størrelse og dels grundet organisatoriskmodenhed – eller mangel på samme. Konceptet er bygget op efter de gode erfaringer kommuner og regionen i Syddanmark har med "Sammen og velfærd". Leder og nøglemedarbejder på børne- og unge områder har først en kursusdag, hvorefter medarbejderne afvikler et 3-dagskursus. Første dag med teori, anden dag med praktik og tredje og sidste dag består af opfølgning (hvordan har det gået med hjemmearbejdet) samt plan for det videre arbejde med relationel koordinering i egen organisation. Kurset blev tilrettelagt i samarbejde med UC Syd.
Platform/hjemmeside	Hjemmeside/platform. Der er udtrykt behovet for en fællesside, hvor der er en: • Let overskuelig struktur så relevant tilbud kan findes • Robust ift. kvalitet og opdateringer (ift. beskrivelse af det faglige indhold af tilbud) • Sunhed.dk er svær at overskue eller få overblik i. Der mangler søgefunktioner. • Er ikke dækkende for kommunens faktiske tilbud på børne- og unge området (Skoleområdet, serviceloven m.v.). Målgruppen for platformen: • Fagprofessionelle der arbejder med børn og unge

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
	• Sundhedsprofessionelle, herunder særligt de praktiserende læger • En borger venlig side, der kan guide forældrene videre i processen og / eller systemet. Ønsket er at få et sted (hjemmeside/platform), hvor fagpersonalet kan se, hvilke tilbud der er til børn og unge. Hvor "indgangen" er og hvordan man henvender sig og hhv. fagperson og borger. Samt mulighed for forældre at finde relevant information og anvisning på, hvor man evt. kan henvende sig. Enkelte kommuner har taget initiativ til ny hjemmeside (inspireret af Aalborg kommune) og der er nu fokus på, hvordan tilbuddene kan synliggøres bedre for samarbejdspartnerne.
Fire fælles faglige inspirations- og arbejdsdage	Grundet Covid-19 er der kun afholdt én temadag den 7. september 2020 for implementeringsgrupperne, arbejdsgruppedeltagere samt ledelse/nøglepersoner fra Lillebælt og Fyn. Desværre måtte temadagen for Syd og Vest aflyses. Det betyder, at der er behov for at følge op på dette i foråret/sommeren 2021 ift. at understøtte samarbejde helt lokalt. Dette er ved at blive planlagt, lokalt. **Formål**: At bringe ansvarlige ledere og nøglemedarbejdere sammen i et inspirerende og forpligtende arbejdsrum så børn og unge indsatsen i Region Syddanmark – herunder forløbsprogrammerne – kommer godt fra land. Dette såvel fagligt som organisatorisk. Materialer: Program, slides, film fra dagen. Pårørende: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=33ef4f0c-00090320-736b1b6e&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Ole Rytov: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=58ff3b6b-00090320-2af23c07&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Kurt Espersen: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=58d54b87-00090320-bfa041df&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Praktiserende læge:

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
	https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=611fc1ee-00090320-15429314&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Spiseforstyrrelser: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=3f9df8fa-00090320-84a2c80a&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Spiseforstyrrelser – samarbejde: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=6241e7ef-00090320-43138cf2&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Sonja Serup Hansen: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=cde92d67-00090320-ec0ea592&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Angst – depression: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=4a9c5ba9-00090320-713ef2ce&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Angst – depression – samarbejde: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=9f7a555b-00090320-a8d3d3b7&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false Rolf Dalsgaard Johansen: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=72289629-00090320-b4207575&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false ADHD: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=8bd9c25e-00090320-49ed516b&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
	ADHD – samarbejde: https://video.qbrick.com/play2/embed/player?accountId=AccjH5gwd9lLEaj5M7owJGgRQ&mediaId=da75036b-00090320-c2d6265a&configId=default&pageStyling=adaptive&autoplay=false&repeat=false&sharing=false
Temadag i Lillebælt den 13. november 2019	Fælles opstart på udviklings- og implementeringsarbejdet på børne- og unge området i Lillebælt. Materialer: program, slides, opsamling i form af wordfil og fotos (pdf.)
11. maj 2022	**Konference om spiseforstyrrelser hos børn og unge** **Formål** På konferencen bliver du præsenteret for den viden om spiseforstyrrelser som Sundhedsstyrelsens retningslinjer hviler på. Og du vil blive præsenteret for bredden af det spektrum som indsatserne retter sig imod og konkrete eksempler på, hvordan der i Syddanmark samarbejdes om børn og unge med eller i risiko for en spiseforstyrrelse. Ikke mindst får du tid til at forholde dig til, hvordan det kan styrke din egen praksis derhjemme. Efter konferencen vil du som deltager: • Have øget faglig viden samt indsigt i behovet for konkrete indsatser, arbejde og samarbejde om børn og unge med eller i risiko for en spiseforstyrrelse • Have overvejet muligheder og taget skridt ift. at komme i gang / komme videre med arbejdet og samarbejdet inden for spiseforstyrrelsesområdet i dit lokalområde • Have indsigt, der gør det muligt for dig at videreudvikle og styrke samarbejdet inden for spiseforstyrrelsesområdet

Emne	Materialer + kort overordnet beskrivelse
8. juni 2022	Temadag om børn og unge med funktionelle lidelser og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejdet omkring dem. **Fælles temadag om funktionelle lidelser hos børn og unge i Lillebælt området** **Formål** Øget viden og fælles dialog om børn og unge med funktionelle lidelser samarbejdspartnerne imellem. Med manglende viden er der risiko for, at patienter/borgere oplever at blive mødt af mistro og stigmatisering, og at der ikke tilbydes relevant udredning, behandling, rehabilitering og information. Dette kan vi i fællesskab gøre noget ved, derfor inviterer vi til en fælles temadag! **Målgruppe** Pædagoger, lærer, socialrådgiver, sundhedsprofessionelle ansat i kommuner og region.
21. november 2022	**Børn og unge med spiseforstyrrelser, - et fælles ansvar!** **Formål** Temadagen sætter fokus på børn og unge med eller i risiko for spiseforstyrrelse mhp. at fremme og forbedre det tværsektorielle samarbejde. Dagens oplægsholdere vil bl.a. byde ind med viden om spiseforstyrrelser og om Sundhedsstyrelsens Forløbsprogrammer fra 2018. Du vil blive præsenteret for praktiske erfaringer fra kommunalt regi, bruger oplevelser samt spændende emner som f.eks. mediers betydning for børn og unge. Oplægsholderne vil lægge op til drøftelser, hvor deltagernes spørgsmål og viden kan bringes i spil. **Målgruppe** Pædagoger, lærer, socialrådgiver, sundhedsprofessionelle ansat i kommuner og region.
Hjemmeside om tværsektoriel samarbejde om børn og unge	https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler/born-og-unge

Godkendelse af sundhedsfaglige anbefalinger og organisering vedr. telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med hjertesvigt (SSS)

RESUMÉ

I økonomiaftalerne for 2016 og 2018 har regioner og kommuner i fællesskab forpligtet sig til at implementere telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL og hjertesvigt. Indsatsen til borgere med hjertesvigt skal implementeres i starten af 2024. Derfor har en klinisk arbejdsgruppe arbejdet med det sundhedsfaglige indhold og organiseringen siden foråret 2022.

På seneste møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 25. januar 2023 blev det besluttet, at oplægget skulle strammes op med hensyn til tilbuddets varighed samt inklusions- og eksklusionskriterier. Den kliniske sundhedsfaglige arbejdsgruppe har derfor været samlet og drøftet justeringer af de sundhedsfaglige anbefalinger. Ligeledes er der i programstyregruppen blevet behandlet en henvendelse fra PLO vedrørende bemærkninger til de sundhedsfaglige anbefalinger.

De sundhedsfaglige anbefalinger afventer nu endelig godkendelse i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

På mødet deltager projektleder Kuno Kudajewski med et kort oplæg om de justeringer der fortaget.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Sekretariatet arbejder på at finde en repræsentant fra Programstyregruppen som kan deltage på mødet i Sundhedsdirektørkredsen, for at fremlægge punktet og svare på eventuelle spørgsmål.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter og godkender beslutningsoplægget vedr. det sundhedsfaglige indhold og organiseringen for hjertesvigt på baggrund af de nye justeringer

---

INDSTILLING

Programstyregruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Godkender beslutningsoplægget vedr. det sundhedsfaglige indhold og organiseringen for hjertesvigt på baggrund af de nye justeringer

SAGSFREMSTILLING

Baggrund
I økonomiaftalerne for 2016 og 2018 har regioner og kommuner i fællesskab forpligtet sig til at implementere telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL og hjertesvigt, som er de første diagnoser, der skal implementeres i det tværsektorielle samarbejde. Programmet har ophæng til sundhedsaftaleorganiseringen.

Visionen for anvendelse af telemedicinsk hjemmemonitorering er, at borgere med kroniske sygdomme skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så de opnår øget tryghed og fleksibilitet samtidig med, at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og forventeligt reducerer indlæggelser og ambulante kontroller. Dette gøres bl.a. ved at patienten foretager egne målinger, der monitoreres af sundhedsfagligt personale.
Det er planen at telemedicin til borgere med hjertesvigt skal implementeres i 2024.

Godkendelse af sundhedsfagligt indhold og organisering for hjertesvigt
Den tværsektorielle programstyregruppe for Fælles Telemedicin i Syd godkendte den 2. februar 2022 kommissorium for projektsporet vedr. sundhedsfagligt indhold og organisering.
Med baggrund i kommissoriet blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis. Opdraget for arbejdsgruppen fremgår af afsnit 4 i beslutningsoplægget (rapporten).

Justeringer på baggrund af mødet den 25. januar 2023
På seneste møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 25. januar blev det besluttet, at de sundhedsfaglige anbefalinger skulle strammes op i forhold til særligt inklusions- og eksklusionskriterier. Arbejdsgruppen har derfor været samlet og præsenterer nu et nyt forslag til det sundhedsfaglige indhold efter revidering.

Arbejdsgruppen for det sundhedsfaglige spor har justeret oplægget jævnfør nedenstående:

- Det anbefales, at tilbuddet kun gælder for borgere, som er klassificeret i NYHA-grupperne 2-4. Dette vil formentlig nedbringe antallet af borgere der modtager tilbuddet med ca. 15-20 %.
- Det anbefales, at der bliver foretaget evaluering af borgerens deltagelse i tilbuddet mindst hvert halve år af de monitoreringsansvarlige og mindst en gang om året af den praktiserende læge. Her tages der konkret stilling til, om borgeren fortsat har gavn af deltagelse i tilbuddet. Det er dermed forventningen, at tilbuddet ikke bliver livslangt for størstedelen af borgerne.

Der er ikke udarbejdet nogen selvstændig samarbejdsaftale, idet anbefalingerne fra projektsporet vedr. sundhedsfagligt indhold og organisering - efter godkendelse – skal indarbejdes i det tværsektorielle forløbsprogram vedr. hjertesvigt i Region Syddanmark.

Bemærkninger fra PLO
Efter mødet i Strategisk sundhedsstyregruppe den 25. januar er der modtaget en henvendelse fra PLO- Syd vedrørende bemærkninger til de sundhedsfaglige anbefalinger. Disse punkter er blevet drøftet og behandlet i Programstyregruppen for Fælles Telemedicin i Syd den 8. februar 2023.

Henvendelsen fra PLO omhandlede følgende:

1. Vi (PLO) ønsker tydeligt indskrevet, at almen praksis ikke er ansvarlig over for monitoreringsdata, og at almen praksis ikke er forpligtet til at orientere sig i data medmindre patienten medbringer disse ved konsultation eller årskontroller.

2. PLO-Syd mener endvidere, at patienten skal kunne mestre teknik, opfølgning og forståelse af egne data. Det bør være sådan, at såvel egen læge som hjertesvigtsklinikken skal godkende patienten til telemonitorering.

3. Projektet bør evalueres af SDU efter 1, 3 og 5 år med henblik på at se på, om der skal indføres en tidsbegrænsning for deltagelse i projektet og for at se, hvilke borgere der har gavn af indsatsen.

I forhold til bemærkning 1 var der i Programstyregruppen enighed om, at almen praksis ikke har et monitoreringsansvar og ikke er forpligtet til at orientere sig i data i indsatsen. Almen praksis kan orientere sig i data ved konsultation eller årskontroller, men det er ikke et krav.

Med hensyn til bemærkning 2 drøftede Programstyregruppen, at det vil være en ekstra belastning/opgave for almen praksis, hvis de hver gang en borger bliver henvist til telemedicin af Hjertesvigtklinikken, skal godkende henvisningen fra sygehuslægen. Oplægget er derfor ikke justeret på baggrund af bemærkning 2.

I forhold til bemærkning 3 drøftede Programstyregruppen, at der både på nationalt plan og i de enkelte landsdele foregår evalueringstiltag, som skal belyse parametre blandt andet i forhold til borgernære effekter af indsatsen. SDU bliver for nuværende ikke involveret i yderligere evalueringstiltag.

Efter Programstyregruppens behandling og justering af de sundhedsfaglige anbefalinger udestår nu alene Strategisk sundhedsstyregruppes godkendelse, hvilket er formålet med nuværende sagsfremstilling.

På baggrund af det godkendte beslutningsoplæg skal der udarbejdes en række instrukser i forhold til henvisning, grænseværdier, instruktion af borgerne, uddannelse af personale, samtaler med borgerne, monitoreringsansvar m.m. Opgaven vedr. udarbejdelse af instrukser vil skulle finde sted i foråret 2023, hvorfor der skal udpeges medlemmer fra den nuværende arbejdsgruppe til at videreføre dette arbejde.

BILAG

- Rapport/beslutningsoplæg: Telemedicin til hjertesvigt

FÆLLES TELEMEDICIN I SYD

Telemedicin til hjertesvigt

Fælles Telemedicin i Syd
Telemedicin til hjertesvigt

Februar 2023

Sofie Skøtte, projektmedarbejder
Kuno Strand Kudajewski, projektleder

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat
Nytorv 9
5500 Middelfart

Faelleskommunalsundhed.dk

Indhold

1.	**Resume**	**5**
2.	**Indledning**	**6**
3.	**Baggrund for udbredelse**	**7**
4.	**Opdrag**	**8**
5.	**Tilbuddet i forhold til den eksisterende behandling og rehabilitering af hjertesvigtpatienter**	**10**
5.1.	**På hospitalet**	**10**
5.2.	**I kommunen og almen praksis**	**11**
6.	**Målgruppe**	**13**
6.1.	**Inklusionskriterier**	**13**
6.2.	**Eksklusionskriterier**	**13**
6.3.	**Volumen**	**14**
7.	**Det telemedicinske tilbud til hjertesvigt i Syddanmark**	**15**
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**	**18**
7.3.1.	Referenceværdier	18
7.4.	**Målehyppighed**	**18**
7.4.1.	Målehyppighed under indkøring	18
7.4.2.	Målehyppighed efter indkøring (løbende)	19
7.5.	**Varighed af tilbud, evaluering og afslutning**	**19**
8.	**Rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede sundhedspersoner**	**20**
8.1.	**Identifikation og henvisning**	**20**

8.2. Identifikation og henvisning af borgere på hospitalet 20
8.3. Identifikation og henvisning af borgere i kommunen 21
8.4. Identifikation og henvisning af borgere i almen praksis 21
8.5. Opstart og inklusion 22
8.6. Monitorering og handling på data 23
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
8.7. Skitsering af mulige kontakter med borgeren i forløbet 24
8.7.1. Opstartssamtale vedr. hjemmemonitorering 25
8.7.2. Evalueringssamtale vedr. hjemmemonitorering 25
8.7.3. Afslutningssamtale vedr. hjemmemonitorering 25

9. Kompetencer 26
9.1. Kompetencekrav – monitoreringsansvarlig 26
9.2. Kompetencekrav – borger 26
9.3. Uddannelse 27

10. Teknisk set-up og udstyr 28

11. Tværsektorielle sparringsmøder 29

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 fællesoffentlig 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 arbejdsmøder, 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 hjertesvigtsklinikker 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 hjertesvigtsklinik. Henvisningen visiteres af en kardiolog, som udfærdiger en behandlingsplan. I hjertesvigtsklinikken vil behandlingen og den rehabiliterende indsats blive iværksat. Patienten vil i hjertesvigtsklinikken 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 hjertesvigtsklinikken ca. 6 måneder og vil komme til kontrol med ca. 3-4 ugers mellemrum. I den periode vil hjertesvigtsklinikken 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 hjertesvigtsklinikkerne.

Det telemedicinske tilbud starter som regel i forbindelse med forløbet i hjertesvigtsklinikken, hvor data fra patientens målinger i hjemmet følges, håndteres og korrigeres. Patienten og hjertesvigtsklinikken kan kommunikere om målingerne og patientens tilstand, og patienten kan deltage i konsultationer via video eller telefoniske kontakter. Derved kan hjertesvigtsklinikken følge sygdomsudviklingen og effekten af behandlingen samt justere denne ved behov. Samtidig kan hjertesvigtsklinikken 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 hjertesvigtsklinikken, 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 hjertesvigsklinikkerne. 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. Ud fra kriterierne skal der altid foreligge en klinisk vurdering af, at borgeren vil have gavn af tilbuddet.

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 er placeret i NYHA-kategorierne 2-4
- 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

Ud over ovennævnte skal det bemærkes, at det telemedicinske tilbud kan være særligt til gavn for borgere som ikke kan komme ud af eget hjem, psykisk sårbare, enlige eller hvor der er flere parametre, der tegner et billede af mulighed for forebyggelse i forhold til succes med borgerens egenmestering.

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 udøve egenomsorg, udfordringer med kommunikation og datatransmission 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 og praktisk muligt at etablere og gennemføre.

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 hjertesvigtsklinikken. 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 hjertesvigtsklinikken 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 hjertesvigsklinikken 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.

Telemedicinsk tilbud	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
Supplerende indsatser i kommunen	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 hjertesvigtsklinikken) 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 hjertesvigtsklinikkerne.

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 tryg 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 hjertesvigtsklinikken 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 hvert halve år 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 hjertesvigtsklinik 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 telemedi-

cinske tilbud i kommunen af hjertesvigsklinikken. Det vil være i de tilfælde, hvor patienten er stabil i sin sygdom og fuldt optitreret, og derfor afsluttes fra hjertesvigtklinikken 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 hjertesvigklinikken 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
  - Hjerterytme
  - 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). Reaktionstiden 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 aktuel 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. Ansvaret 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 beskedfunktion, 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 ny-

diagnosticeret 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

Evaluerings/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, netværksskabelse 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 log-in, 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 hjertesvigtklinik.

9.2. Kompetencekrav – borger

Borgeren i det telemedicinske tilbud skal:

- Kunne forstå monitoreringsdatas sammenhæng med sygdommens forskellige karakteristika
- Være tryg ved at anvende det tekniske udstyr og kunne besvare symptomscores
- Kunne sende målinger og registreringer videre og kunne handle på symptomer og ændringer i disse monitoreringsdata, efter aftale med eller i samråd med den monitoreringsansvarlige
- 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 hjertesyge 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 sparingsmøderne, og der foreligger overenskomstmæssige 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
Nytorv 9
5500 Middelfart

Faelleskommunalsundhed.dk

Beslutning vedrørende fremtidig fælles organisering af SSL-enhed i Fælles Telemedicin i Syd (SSS)

RESUMÉ
Programstyregruppen for Fælles Telemedicin i Syd har, på baggrund af en gennemført analyse, besluttet at anbefale en model for den fremtidige organisering af SSL-indsatsen i Syddanmark, der samler både SSL samt den tilhørende SPOC-funktion i et organiseret samarbejde og samtidig gennemføre et udbud af logistikopgaven.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER
Efter godkendelse i Strategisk Sundhedsstyregruppe af den foreslåede model 2, skal der udarbejdes et udkast til en samarbejdsaftale, der efterfølgende skal godkendes i Programstyregruppen og herefter i Strategisk Sundhedsstyregruppe. Efterfølgende skal samarbejdsaftalen underskrives af de implicerede organisationer.

Sekretariatet arbejder på at finde en fra Programstyregruppen som kan deltage på mødet i Sundhedsdirektørkredsen for at svare på eventuelle spørgsmål.

INDSTILLING
Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter og godkender Programstyregruppens anbefaling af Model 2 for den fremtidige placering og organisering af SSL

INDSTILLING
Programstyregruppen for Fælles Telemedicin i Syd indstiller, at den Strategiske Sundhedsstyregruppe

- Godkender Programstyregruppens anbefaling af Model 2 for den fremtidige placering og organisering af SSL

SAGSFREMSTILLING

Baggrund
I forbindelse med implementeringen af TeleKOL, og efterfølgende Telehjerte samt kommende diagnoseområder, er det essentielt at have en plan for de service-, support- og logistikopgaver (SSL), der knytter sig til de telemedicinske indsatser i det Syddanske Landsdelsprogram. Den oprindelige aftale fra 2018 vedr. SSL var, at logistik skulle løses decentralt, og service og support skulle løses i klyngesamarbejdet. Efterfølgende er der blevet rejst spørgsmål om, hvorvidt det er en mulighed at orientere sig mod Region Midt og deres Fælles Servicecenter eller at etablere en ny fælles organisation i Syd. Da kun 18 kommuner har tilkendegivet, at de ønsker mulighed for at deltage i udbuddet vedrørende service og logistik hos Fælles Servicecenter Midt, er den første mulighed dog på forhånd udelukket i et fælles syddansk samarbejde.

På Strategisk Sundhedsstyregruppemøde den 17. november 2022 blev det besluttet, at der skal arbejdes frem mod en fælles løsning for SSL for Syddanmark, dog har Esbjerg og Fanø kommuner valgt at stå uden for dette samarbejde. Fælles Telemedicin i Syd fik til opgave at analysere mulighederne for en kommende fælles organisering i Syddanmark.

Endvidere blev det besluttet af Strategisk Sundhedsstyregruppe, at Programstyregruppen fik mandat til at afklare placering og finansiering af en fælles Single Point Of Contact-funktion (SPOC-funktion), der har kontakten til Telma (forvaltning for medarbejder- og borgerløsning) for hele Syddanmark.

Programstyregruppen for Telemedicin i Syd har, på baggrund af den gennemførte analyse, enstemmigt besluttet, at anbefale en model for den fremtidige organisering af SSL-indsatsen i Syddanmark, der samler både SSL samt den tilhørende SPOC-funktion i et organiseret samarbejde og samtidig gennemfører et udbud af logistikopgaven. Det er hensynet til de forventede synergieffekter, der ligger til grund for at placere SSL-enheden og SPOC-funktionen samme sted.

I pilotfasen for KOL fastholdes, som tidligere aftalt, det allerede besluttede klynge set-up ift. SSL, for at skabe ro om piloten og den efterfølgende implementering.

I pilotfasen for KOL fastholdes samtidigt det tidligere besluttede set-up ift. SPOC, hvor Odense Kommune håndterer opgaven i en midlertidig overgangsfase.

Løsning og konsekvenser
Arbejdsgruppen har i analysefasen undersøgt forskellige muligheder for en samarbejdsstruktur i Syddanmark, der er beskrevet i 3 nedenstående modeller:

Model 1: **SS(L)-enhed + decentral logistik:** Der indgås en samarbejdsaftale ift. service- og supportopgaver, og én organisation påtager sig rollen som "SS(L)-enhed". Logistik håndteres individuelt af kommunerne og regionen.

Model 2: **SS(L)-enhed + logistikudbud:** Der indgås en samarbejdsaftale ift. service- og supportopgaver, og én organisation påtager sig rollen som "SS(L)-enhed". S(SL)-enheden foretager et udbud af logistikopgaver og indgår samarbejdskontrakt for fællesskabet.

Model 3: **Fælles Service Center SYD:** Kommunerne og regionen i Syddanmark etablerer en forening, der foretager et udbud af service, support og logistik.

Alle de 3 ovenstående modeller anses for mulige, dog med forskellige implikationer og meget forskelligt tidsperspektiv. Programsekretariatet har undervejs i analysefasen løbende været i kontakt med jurister fra både Odense Kommune og fra regionen, der bekræfter, at alle 3 modeller rent juridisk er gangbare. Det er dog en forudsætning for både model 1 og 2, at organiseringen og økonomien skal hvile i sig selv, forstået sådan at den organisation, der påtager sig opgaven, ikke må profitere økonomisk på opgaven i forhold til fællesskabet.

I forbindelse med afholdelse af et ekstraordinært programstyregruppemøde i Programstyregruppen for Fælles Telemedicin i Syd den 2. marts 2023, blev det enstemmigt besluttet at anbefale Model 2.

Programstyregruppen anbefaler desuden, at samarbejdsaftalen og de økonomiske forudsætninger, der skal regulere arbejdet, godkendes i Strategisk Sundhedsstyregruppe, inden aftalen sendes til underskrift hos de implicerede parter. Det anbefales endvidere, at samarbejdsaftalen evalueres løbende.

Regionen har påtaget sig rollen som værtsorganisation for den kommende SSL-enhed efter aftale i Programstyregruppen.

Godkendelse af ny Samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt (SSS)

RESUMÉ

En tværsektoriel arbejdsgruppe under Følgegruppen for Forebyggelse har udarbejdet udkast til en ny samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt. Samarbejdsaftalen har været sendt i høring i perioden november 2022 – januar 2023, og der er indkommet 13 høringssvar. Arbejdsgruppen har behandlet høringssvarene og justeret samarbejdsaftalen. Følgegruppen for Forebyggelse har på møde den 22. februar 2023 drøftet aftalen og foretaget yderligere justeringer i samarbejde med arbejdsgruppen. Aftalen forelægges nu til godkendelse i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Arbejdsgruppen har arbejdet med bemærkningerne fra det fælleskommunale høringssvar (vedhæftet som bilag). Samarbejdsaftalen kommer med forslag til nye indsatser og ansvarsområder som tovholderfunktioner til kommunen. Arbejdsgruppen bemærker, at det alene er forslag og at man ikke at forpligtet til at følge anbefalingerne og det er forslag til, hvor tovholderfunktionen kan placeres. Det er blot vigtigt at påpege, at der i samarbejdsaftalen præsenteres indsatser, som vil være nye opgaver. Her kan f.eks. nævnes at lave opsporende tiltag på ungdomsuddannelser for aldersgruppen 16 til 24-årige. Vivi Ovesen, formand i Følgegruppen for forebyggelse deltog på møde i Formandskabet den 6. marts og orienterede om sagen. Hendes oplæg er vedhæftet som bilag.

I samarbejdsaftalen er der tilføjet et afsnit om ressourcetræk hvor det fremgår: ”*Disse anbefalinger vil i mange tilfælde kræve konkrete ændringer i mødet, der arbejdes på i dag. Dette kan medføre et øget ressourcetræk i forhold til at løfte overvægtsopgaven fremadrettet*”. Det bør bemærkes, at om end samarbejdsaftalen er anbefalinger, vil der være et ressourcetræk til at efterleve anbefalingerne.

Formandskabet bemærker, at skal der igangsættes nye opgaver eller flytning af opgaver, så skal model for opgaveoverdragelse anvendes.

I indstillingen til Strategisk Sundhedsstyregruppe er der en indstilling fra følgegruppen omhandlende, om det ønskes en tværregional gruppe til at følge aftalens implementering. Formandskabets anbefaling er, at implementering og opfølgning skal foregå i sundhedsklyngerne og der dermed ikke er opbakning til en tværregional arbejdsgruppe.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Godkender Formandskabets anbefaling om, at samarbejdsaftalen godkendes i Strategisk Sundhedsstyregruppe og anbefalingen om, at der ikke nedsættes en tværregional gruppe til at følge aftalens implementering, men at implementering og opfølgning skal foregå i sundhedsklyngerne.

INDSTILLING

Det indstilles, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Godkender udkast til ny samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt
- Drøfter hvorvidt der skal nedsættes en tværregional gruppe til at følge aftalens implementering samt drøfter hvem en eventuel implementeringsgruppe skal referere til

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

I februar 2019 var en række fagpersoner fra syddanske kommuner og sygehuse inviteret ind til en drøftelse om hvilke indsatser, der kunne bidrage til at indfri Sundhedsaftalens politiske mål om at reducere overvægt blandt børn og unge. På baggrund heraf foreslog Følgegruppen for Forebyggelse, at der skulle udarbejdes en samarbejdsaftale med fokus på en bred og tidlig indsats målrettet hele familien, hvor alle relevante aktører inddrages.

I juni 2019 godkendte Sundhedskoordinationsudvalget forslaget om en samarbejdsaftale. Efter en række udfordringer med igangsættelse af arbejdet, grundet COVID-19, gik arbejdsgruppen i gang med opgaven i efteråret 2021. Forud for arbejdet blev der i vinteren 2020 gennemført en kortlægning af eksisterende tilbud og indsatser i kommuner, praksis og på sygehuse.

Formål og aftalens indhold

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke de tværsektorielle forløb og det tværgående samarbejde ved at kæde tidlig opsporing, forebyggelsestiltag og behandlingstilbud endnu tættere sammen. Målet er, at flest mulige børn, unge, familier og gravide tilbydes den rette indsats i rette tid. Der er i aftalen lagt særlig vægt på en helhedsorienteret tilgang, hvor såvel kliniske som psykosociale aspekter ved indsatsen er i centrum.

Samarbejdsaftalen skal sikre gennemsigtighed i forhold til henvisningsmuligheder, og den skal hjælpe med at styrke de lokale indsatser. Samarbejdsaftalen er bygget op omkring de situationer, hvor børn, unge og gravide med overvægt er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Aftalen understreger, at overvægtsområdet er særdeles komplekst og består af mange aktører og faktorer. Der er sparsom videnskabelig evidens for hvilke indsatser, der virker på lang sigt i forhold til reduktion af vægt og fastholdelse af en sund livsstil. Kompleksiteten betyder, at der i aftalen peges på behovet for en koordineret og sammenhængende indsats, hvor der tages udgangspunkt i det enkelte menneskes behov, ressourcer, relationer og netværk.

Samarbejdsaftalen indeholder en række generelle anbefalinger samt specifikke anbefalinger af indsatser og samarbejde i forhold til de enkelte målgrupper. Her skal det understreges, at anbefalingerne skal ses som forslag til lokale indsatser- ikke forpligtelser.

Den gennemførte høring

Samarbejdsaftalen har været sendt i høring i perioden november 2022 – januar 2023, og der er afgivet 13 høringssvar. Generelt har tilbagemeldingerne på høringsversionen af samarbejdsaftalen været meget positive.

Følgende tematikker var gennemgående i høringssvarene:

- Hvem har ansvar for hvilke opgaver? – Det bør præciseres

- Tovholderrollen – Hvad indebærer det? Det bør præciseres
- Økonomi og ressourcer, herunder opgaveglidning

På baggrund af de indkomne høringssvar er der foretaget justeringer i udkastet til den nye samarbejdsaftale. Der er udarbejdet en samlet oversigt over høringssvarene, hvoraf der fremgår en kort beskrivelse af, hvordan de enkelte høringssvar er håndteret. Det justerede udkast til samarbejdsaftalen og oversigten over håndteringen af høringssvarene fremgår af bilaget (rød: ikke ændret/tilføjet, gul: drøftet og justeret af arbejdsgruppen, grøn: er ændret/tilføjet). De områder, der er justeret efter høringssvarene, er markeret med gult i aftaleteksten. De områder, der er justeret efter følgegruppens behandling, er markeret med grønt.

På møde i Følgegruppen for Forebyggelse den 22. februar 2023 var der fortsat en opmærksomhed på særligt tovholderfunktionen for målgruppen 16-24 årige. Det blev besluttet, at beskrivelsen heraf skulle præciseres yderligere, da det ikke er en ny skal-opgave i kommunerne, men et forslag til en indsats. Desuden er der heller ikke noget krav om, at den skal placeres hos den kommunale sundhedsafdeling.

Følgegruppen havde yderligere ønske om at tydeliggøre forventningerne til aftalens anbefalinger, samt at præcisere områdets kompleksitet og manglende evidens for konkrete interventioner.

Arbejdsgruppen har foretaget ovenstående justeringer på bagkant af Følgegruppens møde. Følgegruppen har pr. mail godkendt den nye version af samarbejdsaftalen, og forelægger den nu til godkendelse.

Proces for behandling, implementering og opfølgning på samarbejdsaftalen
Godkendes samarbejdsaftalen, sendes den til behandling i Sundhedssamarbejdsudvalget samt efterfølgende til implementering i sundhedsklyngerne. Anbefalinger til implementering er ligeledes indskrevet i samarbejdsaftalen.

BILAG

- Samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt
- Oversigt over høringssvar med bemærkninger om løsningsforslag
- Oversigt over positive bemærkninger til høringsudkastet
- Det fælleskommunale høringssvar
- Oplæg fra den kommunale følgegruppeformand vedr. samarbejdsaftalen

SAMARBEJDSAFTALE FOR BØRN, UNGE OG GRAVIDE MED OVERVÆGT

REGION SYDDANMARK OG DE 22 SYDDANSKE KOMMUNER 2022

Indhold

Aftalens ikrafttræden 2
Baggrund....2
Anbefalinger 2
Generelle anbefalinger 3
Anbefalinger vedrørende børn og unge med overvægt 6
Anbefalinger vedrørende gravide med overvægt....6
Aftalens tilblivelse....8
Formål med samarbejdsaftalen 8
Vidensgrundlag for samarbejdsaftalen 9
Lovgrundlag 9
Værdigrundlag og principper 10
Målgruppen for samarbejdsaftalen 10
Forekomst af overvægt blandt 0-24årige og gravide i Region Syddanmark....11
Komplikationer ved overvægt....13
Forebyggende indsatser....13
Intervenerende indsatser....14
Sundhedsstyrelsens anbefalinger til livsstilsinterventioner 14
Førskolebørn med overvægt (0-5 år) 15
Figur 2: Førskolebørn med overvægt (0-5 år) 17
Grundskolealder (5-15 år) 18
Figur 3: Børn i grundskolealderen med overvægt (5-15 år) 20
Målgruppe 16-24 år....21
Figur 4: Unge med overvægt (16-24 år)....23
Gravide med overvægt....24
Figur 5: Gravide med overvægt 28
Eksempler på øvrige aktører og perspektiver....29
Ressourcetræk....30
Implementering....30
Evaluering og monitorering....30
Fortolkning af samarbejdsaftalen 31
Kilder....32
Bilag: Inspirationskatalog 33
Bilag: Pointer fra webinar: ”Livskvalitet og overvægt for foreninger og organisationer” den 26. april 2022....37
Bilag: Casekatalog....39

UDKAST

Aftalens ikrafttræden

Aftalen er godkendt politisk i Sundhedssamarbejdsudvalget den xxxx og træder i kraft den xxxx 2023.

Baggrund

I Sundhedsaftalen 2019-2023 mellem Region Syddanmark, de syddanske kommuner og almen praksis, er der indskrevet følgende målsætning: "*Reducere andelen af børn og unge med moderat og svær overvægt*".

Sundhedsprofilen for 2021 viser, at 55,4% af borgere over 16 år i Region Syddanmark har moderat til svær overvægt, hvilket er stort set samme andel som ved Sundhedsprofilen fra 2017 (54,8%). Landsgennemsnittet er 52,6% (6). Andelen af børn og unge samt gravide med moderat og svær overvægt er større i Region Syddanmark end resten af Danmark.

Overvægt kan have vidtrækkende fysiske, psykiske og sociale konsekvenser - uanset alder. Årsagerne til udvikling af overvægt er komplekse. De varierer fra person til person og afhænger af samfundsmæssige, genetiske, psykosociale og miljø- og adfærdsmæssige faktorer.

Der er betydelig social ulighed i forekomsten af overvægt. Andelen med moderat og svær overvægt er større blandt borgere med lavere uddannelsesniveau og lavere indtægtsniveau i forhold til dem, der har en stærkere socioøkonomisk position. Ligeledes er socialt udsatte børn generelt mindre fysisk aktive end deres jævnaldrende, og det samme gør sig gældende for voksne (9, 10). Etnicitet spiller også en rolle for risikoen for overvægt, idet der er en højere forekomst af overvægt blandt børn og voksne med minoritetsbaggrund i forhold til generelbefolkningen.

Overvægtsområdet er således komplekst, og består af mange aktører og faktorer. Det berører også flere lovgivninger og forvaltningsområder, eksempelvis sundheds-, skole-, familie- og socialområdet. Kompleksiteten kalder på en koordineret og sammenhængende indsats, der tager udgangspunkt i det enkelte menneskes behov, ressourcer, relationer og netværk. Igennem de senere år har mange kommuner og regioner fokuseret på udvikling af tilbud om livsstilsintervention til personer med overvægt, og der eksisterer således allerede mange, omend uensartede, tilbud i Region Syddanmark.

Der er sparsom evidens omkring hvilke indsatser, der virker på lang sigt. Vidensråd for Forebyggelse vurderer dog, at langvarige, multikomponente indsatser i lokalsamfundet på tværs af sektorer og arenaer, viser lovende resultater på børns vægtudvikling, særligt i forhold til børn i socialt sårbare familier. Derudover ved man, at sundhedsadfærd i høj grad påvirkes af faktorer som tilgængelighed, pris og fysiske rammer – altså strukturelle faktorer.

Anbefalinger

I nedenstående beskrives anbefalinger vedrørende samarbejdet om børn, unge og gravide med overvægt. Anbefalingerne har til formål at bidrage til at skabe sammenhæng i indsatsen på individniveau og er målrettet kommuner, sygehus og almen praksis, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området.

Anbefalingerne skal udelukkende læses som forslag til, hvad der kan gøres lokalt. Implementering af anbefalingerne, herunder *hvordan* og *hvor mange*, der implementeres, besluttes lokalt af de enkelte parter, som aftalen berører.

UDKAST

Generelle anbefalinger

Arbejdsgruppen har følgende generelle anbefalinger til tværsektorielle aktører, der arbejder med målgruppen 0-24 år:

At alle aktører tilstræber, at der hele tiden er udpeget en tovholder gennem borgerens forløb

Det anbefales, at der udpeges en tydelig tovholder til at sikre effektivt samarbejde og sammenhæng i de forløb, hvor dette vurderes nødvendigt. Det vil bero på en konkret vurdering, hvem der i den konkrete situation sikrer, at familien eller den gravide inddrages og tilbydes koordinering af indsatser og tilbud. Tovholderansvaret kan altså – i løbet af borgerens forløb – skifte mellem sektorer og fagligheder.

I mange tilfælde vil det være hensigtsmæssigt, at den kommunale sundhedspleje har den koordinerende eller samlende opgave, grundet sit kendskab til familierne og sine samarbejdsrelationer.

Det er – ved alle målgrupper - helt op til den enkelte sektor at beslutte, hvordan tovholderopgaven organiseres, og hvad denne indeholder.

Tovholderen sikrer, at familien og de professionelle ikke er i tvivl om, hvem der har opgaven med at samle trådene. Tovholderen orienteres eller inddrages tidligt, f.eks. af egen læge, jordemoder, dagtilbud, skolen og sagsbehandler.

Tovholderen sikrer henvisning til, og inddragelse af, relevante myndigheder, såfremt der er tale om komplekse psykosociale problemstillinger ud over overvægt. Såfremt tovholderen eller andre har en bekymring, der rækker ud over mulighederne inden for de almindelige forebyggende tilbud, kan den kommunale, lovpligtige tværfaglige gruppe for børn og unge med særlige behov inddrages.

En tovholderopgave kan bl.a. indeholde:

- Henvise til relevante samarbejdspartnere og sikre, at de inddrages i nødvendigt omfang i det konkrete forløb.
- Tidlig opsporing og indsatser i de kommunale tilbud samt understøtte samarbejdet herom i konkrete forløb.
- Udbrede faggruppernes kendskab til tilbud og indsatsmuligheder.

At alle aktører og sektorer har et skærpet fokus på overgange

Det har stor betydning, at tovholderansvaret sikres, når en borger med overvægt overgår fra en aktør, institution eller sektor til en anden, og at væsentlige informationer videregives på systematisk vis. Særligt de informationer, der er vigtige for borgeren. Det er således de sundhedsfaglige aktører, som er ansvarlige for overdragelse af informationer - ikke borgeren selv eller dennes pårørende. Ansvaret kan deles med borgeren, så borgeren oplever sig selv involveret og har mulighed for at tage ansvar.

At alle aktører lokalt klarlægger, hvordan de anvender de kommunikationsværktøjer, der er til rådighed

Indsatsen for børn, unge og gravide med overvægt spænder over flere sektorer, flere lovgivninger, flere forvaltninger, flere fagligheder, mm. og kræver løbende dialog. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at det ikke er realistisk at implementere en standardiseret beskrivelse af arbejdsgange i Region Syddanmark i forhold til kommunikationsveje. En hensigtsmæssig tværsektoriel kommunikation forudsætter, at alle aktører har klare, lokalt tilpassede procedurer for kommunikation. Lokale audits kan afdække hvilke kommunikationsveje, der er til rådighed, samt hvordan organiseringen ser ud lokalt. Arbejdsgruppen anbefaler, at implementeringsgrupper under klyngerne iværksætter en kortlægning og udvikling af kommunikative løsninger og arbejdsgange lokalt i forhold til de værktøjer, der er til rådighed.

Figur 1: Closed Loop kommunikation

Det anbefales, at alle aktører praktiserer *closed loop* kommunikation, således at de involverede parter hele tiden holder hinanden opdateret.

At alle aktører har fokus på relationel koordinering

Det har stor betydning for børn, unge og gravide med overvægt, at forløbet opleves sammenhængende og koordineret, og at der er et formaliseret tværsektorielt samarbejde lokalt – evt. i form af lokale samarbejdsaftaler. Derudover kan kommunerne med fordel internt etablere et formaliseret samarbejde på tværs af forvaltninger - også gerne med lokale uddannelsesinstitutioner, foreningsliv, mm.

Kvalitet og sammenhæng sikres ved, at dén sundhedsfaglige, der henviser, påtager sig et koordinerende ansvar og videreformidler relevant information i samarbejde med borgeren og eventuelt dennes nære netværk. Henviseren inddrager og informerer relevante samarbejdspartnere og sikrer, at der er tydelige mål og aftaler for samarbejdet, samt en klar aftale med borgeren om opfølgning. Ideelt set kan ansvaret for koordinering af indsatser og videreformidling af relevant information ligge hos én tovholder – fortrinsvis i kommunen. Sammenhæng sikres ved, at der etableres et forum, hvor målgruppen inddrages i egen proces.

Tværsektoriel kommunikation

Den sundhedsfaglige aktør, der har kontakten med familien, er ansvarlig for at videreformidle den relevante information til andre aktører – både internt og på tværs af sektorer.

At henvisninger vedrørende børn, unge og gravide med overvægt imellem sektorerne tilpasses lokalt, men altid indeholder:

- ✓ Samtykke, navn og kontaktoplysninger (borger/patient)
- ✓ Status til henviser efter afsluttet indsats
- ✓ Plan om opfølgning
- ✓ Relevante sociale forhold
- ✓ Relevante igangværende eller nyligt afsluttede interventioner (PPR, forløb på sygehus, familievejleder, etc.)

Når en henvisning er modtaget, bør det altid bekræftes til afsenderen (*closed loop* kommunikation).

UDKAST

At alle aktører har fokus på brobygning til civilsamfundet

Arbejdsgruppen anbefaler, at alle aktører har en skærpet opmærksomhed på *ABC for mental sundhed*[1]. Region Syddanmark og flere af de syddanske kommuner er partnere i ABC for mental sundhed. ABC for mental sundhed dækker over begreberne *Act* (gør noget aktivt), *Belong* (gør noget sammen) og *Commit* (gør noget meningsfuldt) (20). ABC for mental sundhed er med til at kvalificere sundhedsfremmende indsatser og formulere et fælles sprog og en fælles ramme. ABC for mental sundhed er en partnerskabstankegang, hvor indsatsen løftes i fællesskab af foreninger, organisationer og kommuner.

Nyere forskning viser lovende resultater med at forebygge overvægt og ændre sundhedsadfærd, særligt blandt socialt udsatte børn og unge med overvægt, ved at iværksætte systematiske og sammenhængende lokalsamfundsindsatser med fokus på fx kost og motion/bevægelse. Involvering af frivillige - fx foreninger, virksomheder, offentlige organisationer og lokale grupper er med til at skabe synergi i indsatserne og fastholde effekterne over tid (14).

At alle aktører aktivt sigter mod at mindske stigmatisering

En livsstilsintervention bør tilrettelægges med udgangspunkt i en sundheds-pædagogisk tilgang og med øje for at undgå stigmatisering/følelsen af stigmatisering. Den sundhedsprofessionelle bør ligeledes forholde sig til, hvilke negative effekter, der kan være forbundet med at blive tilbudt deltagelse i et livsstilsforløb. En livsstilsintervention kan have en utilsigtet og negativ indflydelse på selvværdet, hvis interventionen eksempelvis ikke resulterer i den ønskede forandring, eller hvis tilbuddet opfattes som stigmatiserende. Vejning og BMI er et essentielt og uundværligt 'værktøj' for flere fagpersoner, eksempelvis på sygehuset og i almen praksis. Elementer såsom vejning, brug af grafer og normativt sprogbrug bør dog anvendes med omtanke og forsigtighed, og det bør afklares med forældrene, hvilke samtaler/konsultationer, det findes hensigtsmæssigt for børnene at deltage i (15)[2].

En mor til en teenagesøn i komplekst livsstilsforløb:

"Der skulle have været en opfølgning, som jeg har forstået det på diætisten, men vi har ikke hørt fra dem? Jeg har ikke haft overskud til at tage kontakt. Det synes jeg faktisk er ærgerligt… Også fordi jeg tænker, at man får et langt forløb på et år i sundhedshuset, men det tager mere end et år at få alle de ting ind! Jeg tænker – og særligt når man har et forløb på julemærkehjemmet - så kunne man godt trække den lidt længere! Jeg ved ikke, om vi er afsluttet eller hvad status er…"

At alle aktører har fokus på kompetenceudvikling

Overvægt er et forskningsområde under konstant forandring, hvorfra ny viden løbende udvikles. Samarbejdsaftalen anbefaler derfor, at der er fokus på vidensopdatering og efteruddannelse i forhold til årsager til overvægt, konsekvenser, behandling, stigmatisering, BED osv., så alle arbejder ud fra nogenlunde samme vidensniveau på området.

1 For inspiration se evt. https://regionsyddanmark.dk/regional-udvikling/uddannelse/unges-trivsel-og-sundhed/abc-for-mental-sundhed-pa-ungdomsuddannelser

2 Vidensråd for Forebyggelse har modtaget en bevilling fra Novo Nordisk Fonden (september 2022), som skal undersøge udbredelsen af stigmatisering i forhold til overvægt, samt skadelige konsekvenser af vægtstigmatisering og mulighederne for at forebygge den. Det overordnede formål med projektet er derfor at bidrage til en styrket forebyggelsesindsats, der på langt sigt vil mindske vægtstigmatisering blandt både børn og voksne (https://vidensraad.dk/nyhed/ny-bevilling-fra-novo-nordisk-fonden-til-projekt-om-overvaegtsstigmatisering).

At alle aktører inddrager tværfaglighed

I de tilfælde, hvor målgruppen er udfordret af begrænsede ressourcer og mangler forudsætninger for at kunne tage aktivt medansvar, er det afgørende, at den sundhedsfaglige bringer en vifte af andre kompetencer i spil (11).

Anbefalinger vedrørende børn og unge med overvægt

At alle aktører har en skærpet opmærksomhed på mistrivsel blandt børn og unge

Nogle gange kan en socialfaglig indsats være forudsætningen for en sundhedsfaglig intervention. Trivsel antages at være en væsentlig forudsætning for at have overskud til at arbejde aktivt med en livsstilsændring. Når der er tvivl om et barns eller ungt menneskes trivsel, skal der laves en underretning til børne- og familieafdelingen så tidligt som muligt. Herved har rette myndighed mulighed for at reagere og tilbyde familien den hjælp, der er behov for.

"Som fagperson har du en særlig underretningspligt, der går forud for din tavshedspligt. Hvis du har et arbejde, hvor du er i tæt kontakt med børn og unge, er du særlig forpligtet til at underrette kommunen om din eventuelle bekymring for et barn eller en ung. Der stilles ikke krav til, at du som fagperson har et kendskab til barnets eller den unges forhold. Den skærpede underretningspligt betyder, at du har pligt til at reagere, alene på baggrund af forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte." (Serviceloven §153)

At sundhedsplejen inddrages i overgang fra dagtilbud til skole hos børn med overvægt

Sundhedsplejen bør være en del af overgangssamtalen, når barnet skifter fra vuggestue/dagpleje til børnehave eller fra børnehave til skole, såfremt der opleves mistrivsel i forhold til mad, krop og bevægelse.

At skoler og dagtilbud sætter fokus på spisekultur, mad, krop og bevægelse

Sundhedsplejen anbefales - i samarbejde med skole- og dagtilbud – at sætte fokus på trivsel i relation til mad, krop og bevægelse[3].

At alle kommuner har sundhedsfremmende tilbud til alle børn og unge med overvægt

Ikke alle aldersgrupper er dækket ind af de i forvejen eksisterende overvægtstilbud, og ikke alle kommuner har overvægtstilbud målrettet børn og unge. Det anbefales derfor, at der på sigt kan tilbydes overvægtstilbud for børn og unge i alle syddanske kommuner, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2021).

At kommunerne styrker samarbejdet med bl.a. ungdomsuddannelser

Der kan med fordel etableres lokale samarbejder med aktører, der arbejder med målgruppen, f.eks. ungdomsuddannelser, UU-vejledning, KUI/SUI og sundhedscentre. Flere kommuner har eksempelvis gode erfaringer med at have en sundhedskonsulent siddende på FGU, som har et 'kontor' derude en gang om ugen, hvor de unge kan droppe ind og snakke om vægt, mental sundhed, søvn, rygning osv.

[3] For inspiration: Se Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

UDKAST

Aftalen bevæger sig på tværs af sektorgrænser, og der er således mange andre, bl.a. statslige og frivillige aktører såsom efterskoler, ungdoms- og videregående uddannelser, erhvervsskoler, civilsamfund og foreninger, der er relevante i forhold til målgruppen.

Anbefalinger vedrørende gravide med overvægt

At overvægt behandles på lige fod med andre livsstilssygdomme, når det handler om fertilitet

Meget tyder på, at forebyggelse af overvægt blandt gravide (og deres børn) har størst effekt *før* graviditeten. Overvægt bør derfor behandles på lige fod med andre livsstilssygdomme, når det handler om fertilitet og forældreskab. Kommuner og almen praksis kan med fordel have et øget fokus på at oplyse unge med overvægt om de risikofaktorer, der er forbundet med overvægt og graviditet/fødsel, eller der kan tilbydes en livsstilssamtale i forbindelse med planlægning af graviditet – bl.a. når en spiral fjernes.

At indsatsen målrettes hele familien og tager udgangspunkt i individuelle behov og udfordringer

De forskellige aktører i svangreomsorgen kan med fordel etablere et tæt samarbejde omkring den gravide og den nybagte familie, hvor god kommunikation og dialog prioriteres højt. Amning og forberedelse til amning bør ligeledes prioriteres højt i den samlede indsats.

At henvisninger imellem sektorerne tilpasses lokalt

Sektorerne kan lade sig inspirere af arbejdsgangene i forbindelse med VBA-metoden (*very brief advice*), som anvendes til rygeindsatser på tværs af sektorovergange, når gravide med overvægt henvises til kommunalt livsstilstilbud. Der henvises til en afklarende (visitation-)samtale i kommunen. Er overvægt en supplerende eller sammenhængende faktor i det samlede billede for sårbare gravide og gravide tilknyttet Familieambulatoriet, kan den nuværende skabelon for kommunikation mellem kommunal myndighed på social- og familieområdet og fødestederne anvendes (Bilag 2 i Samarbejdsaftalen omkring sårbare gravide).

At kommunerne har sundhedsfremmende tilbud til alle gravide med overvægt

Samarbejdet mellem sygehusenes tilbud til gravide og kommunale overvægtstilbud for voksne kan med fordel udbygges. Der findes på nuværende tidspunkt ét kommunalt tilbud målrettet gravide i Region Syddanmark. Det anbefales ligeledes, at der sættes fokus overgangen imellem at være *gravid* med overvægt til at være *forælder* med overvægt.

At gravide med overvægt tilbydes specialiseret fokus på ammevejledning

Alle gravide med overvægt bør tilbydes ammekonsultation hos specialuddannet jordemoder/sygeplejerske/ammespecialist (f.eks. IBCLC), da mødre med overvægt oftere oplever problemer med opstart og vedligeholdelse af amning. Et godt ammeforløb kan være med til at forebygge overvægt hos barnet senere i livet, samt have en gunstig effekt på kvindens vægtreduktion i barselsperioden. Forudsætningen for et vellykket ammeforløb er en høj oplevelse af *self efficacy*.

Gravid om potentialet ved aktivt at involvere partner/ægtefælle:

Mig og min mand har selv snakket om forventninger og ønsker længe inden herhjemme. Jeg kan godt se nu, at det kunne have været en fordel, hvis man havde spurgt lidt mere ind til mine ønsker eller tanker om det, der skulle ske (…) Og min mand kunne hjælpe endnu mere med at støtte og huske. Som gravid er man jo lidt ved siden af sig selv i nye og svære situationer"

UDKAST

At alle aktører aktivt inddrager partner/medforælder i indsatsen

Det anbefales, at der etableres specifikke tilbud målrettet partneren - eksempelvis i form af informations-materiale og familie- og forældreforberedelse med opmærksomhed på partneres udfordringer, behov og rolle i graviditets- og barselsperioden. Dansk forskning viser, at fædre og mødre til børn med begyndende overvægt ofte har modsatrettede reaktioner på og holdninger til livsstilsinterventioner (3). Partner/medforælder bør derfor altid inddrages aktivt og anerkendes allerede fra begyndelsen af forældreskabet.

At den kommunale sundhedspleje tilbyder graviditetsbesøg

Sundhedsplejen kan med fordel tilbyde et graviditetsbesøg til alle gravide med overvægt i løbet af 2.-3. trimester.

Aftalens tilblivelse

I september 2021 afholdte Region Syddanmark en kickoff-konference med fokus på børn, unge og gravide med overvægt. På konferencen blev deltagerne opfordret til at give ideer og ønsker videre til arbejdsgruppen, som skulle udarbejde nærværende samarbejdsaftale. Arbejdsgruppen sorterede og kondenserede cirka 400 inputs i følgende seks retningsgivende temaer:

1. Fælles diskurs
2. Tværfaglighed
3. Tovholder
4. Familieorienteret indsats
5. Input til arbejdsproces
6. Strukturelle input

Ovenstående temaer har tjent som afsæt for arbejdsgruppens proces.

Interesseorganisationer og borgere, der repræsenterer målgruppen for samarbejdsaftalen, har igennem semistrukturerede interviews og fælles webinar leveret deres perspektiver på, hvordan overvægtsindsatsen bør tilrettelægges i Region Syddanmark. Disse perspektiver indgår i samarbejdsaftalen som både cases (bilag) og citater. Perspektiverne har bidraget til kvalificering af arbejdsgruppens proces og bidraget til, at samarbejdsaftalen har et skærpet fokus på de aspekter, der er vigtige for målgruppen.

Nedenfor præsenteres hovedpointer fra webinaret, som har været til at forme samarbejdsaftalen. Et detaljeret sammendrag af webinaret kan ses i bilag.

Interesseorganisationerne der repræsenterer børn, unge og gravide med overvægt fremhæver at:

- Overvægt skal anerkendes som et komplekst fænomen, som påvirkes af mange faktorer
- Personer med overvægt har brug for at blive mødt af et helhedsorienteret fokus frem for et entydigt fokus på eksempelvis vægt, kost og motion
- Faglig viden skal præsenteres på en ordentlig og respektfuld måde
- Personer med overvægt skal mødes med åbenhed og nysgerrighed
- At kunne modtage hjælp og vejledning forudsætter, at den sundhedsprofessionelle etablerer og understøtter en tillidsfuld relation
- BED er en overset problematik, som bør have langt større fokus og flere tilbud
- Der er behov for et tættere samarbejde imellem sundhedspleje, dagtilbud og skole i forhold til forebyggelse
- Forældre efterspørger mere forældreuddannelse og støtte

UDKAST

Formål med samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen har til formål at styrke sammenhængen i det tværsektorielle samarbejde i forhold til børn, unge og gravide med overvægt, samt beskrive ansvars- og rollefordelingen og tydeliggøre den tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis og sygehusene yder i forhold til mennesker med overvægt.

Formålet med denne samarbejdsaftale er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede indsats for børn, unge og gravide med overvægt i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb, herunder inddragelse af borgerne og deres pårørende/familier
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen
- Styrket opmærksomhed på muligheder i civilsamfundet

Samarbejdsaftalen skal sikre gennemsigtighed i forhold til henvisningsmuligheder, og den skal hjælpe med at styrke de lokale indsatser. Samarbejdsaftalen er bygget op omkring de situationer, hvor børn, unge og gravide med overvægt er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Samarbejdsaftalen skal kunne anvendes som:

- Et inspirations- og opslagsværk i det daglige arbejde med overvægt
- Et udgangspunkt for udarbejdelse af instrukser, lokale samarbejder, arbejdsgange mv. på tværs af sektorer
- Et værktøj til planlægning af, og opfølgning på, indsatser - både i den enkelte sektor og på tværs af sektorer
- Et sæt af anbefalinger til implementering af samarbejdsaftalen og dens principper i praksis
- Et oplæg til opgavefordeling på overvægtsområdet mellem region, kommuner og almen praksis

Vidensgrundlag for samarbejdsaftalen

Overvægtsområdet er mere komplekst, end de fleste forestiller sig, og der er sparsom evidens omkring hvilke indsatser, der virker på lang sigt.

Samarbejdsaftalen er baseret på den mest aktuelle viden og arbejdsgruppens egen erfaring i forhold til at skabe kvalitet og koordinering i opsporing, indsatser og opfølgning. Samarbejdsaftalen beror på eksisterende samarbejder, retningslinjer, anbefalinger, forebyggelsespakker, handleplaner mv. Samarbejdsaftalen gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle forebyggelses- og behandlingsindsats, da det forudsættes, at relevante aktører har opdateret viden om disse, samt at alle aktører følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

Der er ikke foretaget en systematisk litteraturgennemgang i forbindelse med udarbejdelsen af samarbejdsaftalen, men aftalen tager blandt andet afsæt i nylige litteraturgennemgange foretaget af henholdsvis Sundhedsstyrelsen (11) og Vidensråd for Forebyggelse (14), som har afdækket evidensen vedrørende livsstilsinterventioner til børn, unge og gravide med overvægt og kommet med anbefalinger hertil. Viden om kompleksiteten i årsagsforholdene for udvikling af overvægt blandt børn og unge er helt central for både praktikere, der møder børn, unge og deres familier, samt for de forskere og beslutningstagere, der udvikler og gennemfører forebyggende og intervenerende indsatser (14).

UDKAST

Lovgrundlag

Kommuner og regioner har, ifølge lovgivningen, et fælles ansvar for at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgerne. Dette fremgår af Sundhedsloven (LBK nr. 903 af 26/08/2019). Ansvaret for at etablere tilbud om livsstilsintervention målrettet borgere med svær overvægt er dog ikke entydigt placeret i kommune, region eller andre sektorer. Det er særligt §§119, 120, 123 og 206 i sundhedsloven, der er relevante i forhold til etablering af tilbud til borgerne. Derudover findes der flere lovområder, som er relevante i forhold til handlemuligheder i relation til børn, unge og gravide, som udviser tegn på mistrivsel og sårbarhed. Lovgivning, som er relevant for indeværende aftale er, foruden ovennævnte, Serviceloven, Dagtilbudsloven, Journalføringsbekendtgørelsen, Folkeskoleloven og Retssikkerhedsloven og Bekendtgørelse af Lov om Kommunal Styrelse.

Værdigrundlag og principper

Nedenstående beskriver de aspekter, som arbejdsgruppen finder særligt vigtige i den faglige tilgang til arbejdet med overvægt:

Samarbejdsaftalen er baseret på et helhedsorienteret trivselsperspektiv

Aftalens parter ønsker at fremme en tilgang, der ikke blot har fokus på overvægt, men som ligestiller og anerkender de sociale, psykologiske og kulturelle aspekter af sundhed og trivsel, som overvægt kan være forbundet med. Livsstilsintervention ved overvægt forstås i denne samarbejdsaftale som en helhedsorienteret indsats med det formål, at målgruppen opnår en hensigtsmæssig vægtudvikling og –vedligeholdelse. Afledt heraf forebygges også følgesygdomme. Kvalitet i livsstilsinterventioner sikres ved, at der tages udgangspunkt i det enkelte menneskes egne ønsker, og at det kan rumme hele menneskets samt familiens ressourcer og barrierer.

En gravid om vigtigheden af at blive mødt med åbenhed og tydelighed:

"Jeg oplever, at de fagpersoner, jeg møder går på listesko. Det kan være svært at få spurgt om de ting, som de gerne vil spørge om. Så i stedet for at spørge mig direkte og respektfuldt, så bliver der fisket efter det. Og det er faktisk endnu mere ubehageligt (…) Jeg kunne godt ha' ønsket mig, at nogen havde sagt: Hej, nu er du her. Du er visiteret til det her forløb på grund af dit BMI og det, der kan følge med det. Det er bedre, det er direkte, Og hvordan har du det med det? Har du noget på hjertet, er der noget der fylder i dig i forhold til hvor du står i dit liv? Så kunne det godt være, at der var et eller andet i mig, der havde sagt, hey, det her fylder faktisk"

Sundhedsfaglige har en åben, inddragende og nysgerrig tilgang til målgruppen

Det er essentielt, at det enkelte menneske oplever sig set, anerkendt og mødt i sin situation i mødet med sundhedsvæsenet. Tilgangen til målgruppen skal være respektfuld og anerkendende, og relationen mellem sundhedsfaglig og borger skal bl.a. være baseret på åbne spørgsmål og nysgerrighed i forhold til den enkelte person og de bagvedliggende faktorer for overvægten, herunder fokus på fysisk og mental trivsel, måltids- og spisekultur samt forhold til mad, krop og bevægelse.

Overvægt er ikke nødvendigvis lig med mistrivsel, men…

Børn, unge og gravide med overvægt er ikke nødvendigvis i mistrivsel, og de kan have et uproblematisk forhold til mad, krop og bevægelse. Gravide med overvægt, forældre til børn med overvægt og unge med overvægt bør dog altid orienteres og tilbydes vejledning, selvom de angiver at have det godt med deres overvægt. Dette er ud fra et sundhedsperspektiv, hvor overvægt kan være forbundet med komplikationer og helbredsricisi.

UDKAST

Ved børn og unge bør der udvises skærpet opmærksomhed ved svær overvægt, hvis der observeres en stor vægtstigning over kort tid, eller hvis der er svær overvægt hos én eller begge forældre.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen omhandler alene børn, unge og gravide 0-24 år, der har moderat/svær overvægt, og som *ikke* har kendte svære konkurrerende diagnoser, som kan influere på vægten - eksempelvis en spiseforstyrrelse eller en svær psykiatrisk diagnose, med omfattende indvirkning på borgerens hverdag og adfærd.

I Danmark defineres overvægt hos børn og teenagere ved brug af aldersspecifikke BMI-værdier. Overvægt hos børn og unge defineres ved et BMI over 90-percentilen for alder og køn eller isoBMI[4] over 25 kg/m^2. Svær overvægt svarer til et BMI over 99-percentilen for alder og køn eller isoBMI over 30 kg/m^2. Overvægt blandt unge defineres som et BMI over 25 kg/m2 fra 18-årsalderen, og gravides BMI beregnes ud fra vægten umiddelbart før graviditeten eller den første målte vægt i graviditeten. BMI skal i alle aldersgrupper fortolkes med forsigtighed, fordi BMI blandt andet ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler.

For at være omfattet af samarbejdsaftalen, skal et eller flere af disse kriterier således være opfyldt:

- Den 0-24-årige med en BMI percentil højere end 90 og/eller mistrivsel i forhold til f.eks. mad, krop og bevægelse
- Den 0-24-årige har oplevet en kraftig stigning i vægtpercentilen over kort tid og/eller mistrivsel i forhold til f.eks. mad, krop og bevægelse
- Den gravide har et BMI højere end 30 og/eller oplever mistrivsel i forhold til f.eks. mad, krop og bevægelse
- Den gravide har oplevet stor vægtøgning ud over den anbefalede vægtøgning i graviditeten anbefalingen over kort tid og/eller oplever mistrivsel i forhold til mad, krop og bevægelse

Forekomst af overvægt blandt 0-24årige og gravide i Region Syddanmark

Samarbejdsaftalen medtager tilgængelige data vedrørende børn, unge og gravide med overvægt. Der findes tilgængelige registerdata for skolebørn (Den Nationale Børnedatabase) og fødende (Det Medicinske Fødselsregister). Øvrige data er indhentet via Statens Institut For Folkesundheds kortlægning af forekomst af overvægt blandt børn og unge (7).
Forekomsten af moderat/svær overvægt blandt 0-24årige i Region Syddanmark er, jf. tilgængelige registerdata, generelt højere end landsgennemsnittet.

Forekomst af overvægt blandt førskolebørn

Der foreligger sparsomme data i forhold til vægt og børn i førskolealderen, og det har således kun været muligt at finde én undersøgelse, der belyser vægt blandt førskolebørn i Region Syddanmark. Undersøgelsen belyser forekomsten af overvægt/svær overvægt blandt børn på 6-10 måneder, som var 5-6% i 2020 og ensartet på tværs af regionerne (7). Den sparsomme datamængde på målgruppen skyldes formentlig, at vægtdata på førskolebarn ikke er lovpligtige at indberette.

[4] IsoBMI: Barnets/den unges BMI korreleres i forhold til, hvad det ville svare til for en voksen

UDKAST

Forekomst af overvægt blandt skolebørn i Region Syddanmark

Danske skoleelever vejes og måles ved en ind- og udskolingsundersøgelse. Ifølge Børnedatabasen (B) er forekomsten af moderat/svær overvægt i Region Syddanmark en smule højere end landsgennemsnittet for elever i både indskoling, mellemtrin og udskoling.

Tabel 1: Forekomst af moderat/svær overvægt blandt skoleelever ved ind- og udskolingsundersøgelse (%)

Kilde: Den Nationale Børnedatabase

Forekomst af moderat/svær overvægt blandt 16-24årige i Region Syddanmark

Siden 2017 ses der er en stigning i andelen af borgere med moderat/svær overvægt i målgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. På landsplan ses en stagnerende eller faldende forekomst (6).

Tabel 2: Forekomst af moderat/svær overvægt blandt 16-24årige (%)

Forekomst af overvægt blandt fødende i Region Syddanmark

Forekomsten af moderat/svær overvægt blandt fødende i Region Syddanmark har været let stigende siden 2011, og forekomsten af overvægt blandt fødende er højere i Region Syddanmark end landsgennemsnittet i alle opgørelsesårene 2011-2021 (A).

Tabel 3: Forekomst af fødende med moderat/svær overvægt (%) 2011-2021

Kilde: Det Medicinske Fødselsregister (A)

Komplikationer ved overvægt

Risikoen for helbredskomplikationer stiger med graden af overvægt. Hos børn og unge med overvægt fylder psykosociale problemer, som bl.a. mobning, lavt selvværd, stigmatisering og lavere livskvalitet, meget, men fysiske komplikationer ses også allerede i barndom og ungdom.

Overvægt og især svær overvægt hos voksne er forbundet med øget risiko for at udvikle en række sygdomme, eksempelvis type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og flere former for kræft, men også tilstande som søvnapnø, smerter, psykiske problemer, fertilitetsproblemer, forringet livskvalitet samt dårligt mentalt helbred.

Overvægt hos gravide medfører en signifikant øget risiko for komplikationer hos både mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel. Jo højere BMI hos moderen, desto højere er risikoen for bl.a. abort, medfødte misdannelser hos fostret, graviditets-diabetes, svangerskabsforgiftning og kejsersnit. For barnet ses øget risiko for høj fødselsvægt, fosterdød og indlæggelse på neonatal afdeling, samt øget risiko for udvikling af overvægt - både i barndommen og i voksenlivet. Mødre med overvægt oplever desuden oftere problemer med amning (16).

Forebyggende indsatser

Tidlig opsporing og forebyggelse af overvægt er vigtige elementer i forhold til at forhindre, at målgruppen får behov for mere indgribende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil. Disse indsatser kan med fordel finde sted i skole- og dagtilbud, idet overvægtsforebyggende indsatser herved kan nå ud til alle børn - uanset socioøkonomisk status, baggrund eller etnicitet.

For mere inspiration til forebyggende indsatser henvises bl.a. til:

- Sundhedsstyrelsen: ”Børn og Unges Sundhed og Trivsel” (2019)
- Sundhedsstyrelsen: ”Livsstilsintervention ved Svær Overvægt” (2021)
- Sundhedsstyrelsen: ”Forebyggelsespakke – Overvægt” (2018)
- Sundhedsstyrelsen: ”Gode mad- og måltidsvaner”

Intervenerende indsatser

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til livsstilsinterventioner

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til livsstilsinterventioner anvendes i samarbejdsaftalen som en ’grund-ramme’, hvilket vil sige, at de er gennemgående på tværs af samarbejdsaftalens målgrupper og uddybes derfor ikke i afsnittene for de specifikke målgrupper. I afsnittene for de specifikke målgrupper præsenteres udelukkende forhold, som er specifikke for henholdsvis førskolealder, grundskolealder, unge voksne og gravide.

Et tilbud om livsstilsintervention ved overvægt bør, jf. Sundhedsstyrelsen, bestå af følgende (11):

Indhold

- En afklarende samtale
- Elementerne kost, fysisk aktivitet, trivsel og livskvalitet, vaneændringer samt involvering af familie-/netværk, psykosociale forhold, søvn, stillesiddende tid, tobak, stress og alkohol (gerne mulighed for gruppeforløb såvel som individuelle samtaler)
- En sundhedspædagogisk tilgang med fokus på at mindske stigmatisering og med udgangspunkt i den enkelte familie
- En løbende vurdering af interventionens effekt
- En løbende justering af interventionen og evt. viderehenvisning til specialiseret tilbud

UDKAST

- Tværfaglighed med fokus på bl.a. diætetisk vejledning, fysisk aktivitet og fokus på vaner og psykologiske mekanismer bag spisningen

Varighed
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at livsstilsinterventioner ved moderat/svær overvægt har en varighed af mindst 12 måneder. Det er fastslået, at jo flere timer og jo flere sessioner den enkelte borger tilbydes i løbet af de anbefalede 12 måneders intervention, des bedre vægtudvikling. Sessionerne bør foregå ansigt-til-ansigt, mens virtuel kontakt kan bruges som understøttende værktøj ved behov.

Vurdering af effekt
Under og efter endt intervention vurderes vægtudvikling, trivsel og vaner med henblik på at beslutte, om barnet/den unge/den gravide skal tilbydes at fortsætte i en videre intervention, om tilbuddet skal justeres eller afsluttes. Der bør være mulighed for, at borgeren/familien kan modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention ved behov.

Opfølgning
Opfølgning bør aftales som en del af afslutningen på et tilbud og tilbydes senest 12 måneder efter afslutning. Formålet er at fastholde de nye vaner, herunder fysisk aktivitets-, mad- og måltidsvaner, og til at vurdere, om barnet/den unge/den gravide har behov for et nyt tilbud om livsstilsintervention.

Tværsektoriel kommunikation
Den sundhedsfaglige aktør, der har kontakten med familien, er ansvarlig for at videreformidle den relevante information til andre aktører – både internt og på tværs af sektorer.

Kompetencer
Viden om og brug af sundhedspædagogiske kompetencer inden for vidensformidling, dialog, aktiv træning, erfaringsudveksling i grupper, gruppehåndtering og gruppedynamik er en forudsætning for et tilbud med god effekt. Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til at skabe tillid og danne relationer mellem sig selv og barnet/familien/den gravide. Hertil kommer kompetencer til at motivere til aktiv deltagelse og fastholdelse af de opnåede adfærdsændringer.

Førskolebørn med overvægt (0-5 år)
Når det gælder den individuelle indsats over for børn med overvægt, er målgruppen for interventionen *forældrene* og familien som helhed. Det er afgørende, at hele familien bakker aktivt op om ønsker til ændret livsstil, vaner og rutiner i hverdagen. Indsatsen tager afsæt i, hvilke ressourcer familien og det enkelte barn har. Forebyggelse og intervention i forhold til overvægt skal helst ske allerede i den tidlige barndom og med udgangspunkt i forældrenes livsstil.

Sikring af samarbejdet i sektorovergange er vigtigt, og indsatser rettet mod små børn kræver et særligt fokus på samarbejde mellem alle involverede parter. Er der iværksat flere samtidige indsatser er relationel koordinering afgørende, så indsatsen og samarbejdet koordineres ud fra en samlet plan. I komplekse sager, hvor samarbejde med familien kan være udfordret, er det helt afgørende, at alle parter koordinerer indsatsen ud fra fælles mål. Det kunne f.eks. være i familier med skilsmisseforældre, forældre med forskellige holdninger eller i familier med manglende overskud. Det anbefales, at BMI ikke alene er afgørende for, om en familie bør

UDKAST

tilbydes en livsstilsindsats, men at der udvises en skærpet opmærksomhed på vægtens udvikling allerede i førskolealderen[5].

Almen praksis

Almen praksis ser børnene ved børneundersøgelserne ved henholdsvis 1, 2, 3, 4 og 5-års alderen. Børneundersøgelserne kan med fordel rutinemæssigt indeholde samtale om kost, søvn, aktivitetsniveau og motorisk udvikling med henblik på tidlig opsporing og regulering af uhensigtsmæssige vaner eller udfordringer, som begrænser barnets udfoldelse. Der bør i den forbindelse være skærpet opmærksomhed på børn, hvor der er overvægt hos én eller begge forældre, og/eller risiko for udvikling af diabetes og/eller hjertekarsygdom. Såfremt den praktiserende læge vurderer, at barnet og familien oplever udfordringer med mad, krop og trivsel, kan sundhedsplejen inddrages. Den praktiserende læge kan henvise til sundhedsplejen eller selv tilbyde rådgivning i klinikken. Hvis et barn har en stigende BMI-kurve i forhold til tidligere målinger og overvægt, bør almen praksis vurdere, om der er andre risikofaktorer til stede. Sundhedsplejen orienteres om en eventuel intervention i almen praksis, så der startes en tidlig dialog og indsats for barnet. Almen praksis henviser børn til en børne- og ungeafdeling med henblik på udredning for og behandling af eventuelle bagvedliggende sygdomme eller følgesygdomme, hvis barnet har svær overvægt eller hvis der er mistanke om kompliceret overvægt[6].

Sundhedsplejen

Den kommunale sundhedspleje tilbyder sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til og har tilsyn med alle børn i alderen 0-16 år+.

Sundhedsplejen tilbyder i flere kommuner forebyggende hjemmebesøg hos familier med børn i førskole-alderen, som bl.a. omfatter en snak om mad, krop og trivsel. Såfremt et barn har moderat/svær overvægt, kan sundhedsplejen henvise familien til et forløb, der tager hånd om barnets vægtudvikling og familiens behov i forhold til dette. Sundhedsplejersken kan med fordel påtage sig et koordinerende ansvar, da sundhedsplejen i forvejen har en bred vifte af samarbejdspartnere og hurtigt kan få adgang til sparring imellem involverede aktører, eksempelvis barnets dagtilbud. Sundhedsplejen kan også selv varetage indsatsen. I socialt sårbare familier, hvor der er samtidige indsatser af f.eks. socialfaglig karakter, kan sundhedsplejen sikre den relationelle koordinering i samarbejde med den kommunale socialforvaltning. Sundhedsplejen og dagtilbud kan også etablere lokale samarbejder, f.eks. ved at etablere trivselsbesøg, således at familien oplever en sammenhængende indsats.

Dagtilbud

Dagtilbud spiller en vigtig rolle i indsatsen – både i forhold til forebyggelse, opsporing og behandling af barnet med overvægt. Dagtilbud kan opfordre forældrene til at henvende sig til sundhedsplejen og/eller egen læge ved behov, men også selv spille en aktiv rolle ved fx en kost- og bevægelsespolitik, der understøtter hensigtsmæssige madvaner og bevægelse. Derudover kan dagtilbud med fordel samarbejde og sparre med barnets forældre om sunde vaner og hensigtsmæssige rutiner. Der bør være en skærpet opmærksomhed i forhold til de familier, der ikke har ressourcer til at omsætte forebyggende vejledning, således at så mange familier som muligt får den rette rådgivning.

---

[5] For inspiration: Se samarbejdsaftale-omkring-gravide-og-børn-tilknyttet-familieambulatoriet-1.pdf (regionsyddanmark.dk)

[6] For definition: Se "Livstilsinterventioner ved svær overvægt", s. 13 (Sundhedsstyrelsen, 2021)

UDKAST

Sygehus

Hvis der er tale om svær overvægt, kompliceret overvægt, mistanke om følgesygdomme eller fysiologiske årsager til overvægten, henvises til udredning i specialistregi på en børne- og ungeafdeling. Sygehuset bør have en konsulterende funktion i forhold til at afdække fysiske lidelser, men kostvejledning og øvrige interventioner bør så vidt muligt fortsat være forankret i kommunalt regi - tæt på familien. Sygehuset kan dog også have en udredende og behandlende rolle – fx når det drejer sig om kompliceret overvægt. Forløbene foregår således sideløbende, hvilket kræver et tæt og formaliseret samarbejde imellem de kommunale tilbud og den lokale Børne- og ungeafdeling.

Sygehuset skal sikre et tværsektorielt samarbejde, således at den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis orienteres og inddrages i den videre proces. Sygehuset kan ligeledes, efter endt forløb i regionalt regi, henvise barnet og familien til kommunalt livsstilstilbud, hvis de endnu ikke er tilknyttet et.

UDKAST

Figur 2: Førskolebørn med overvægt (0-5 år)

Grundskolealder (5-15 år)

En livsstilsintervention til børn og unge i grundskolealderen kan med fordel målrettes familien som en helhed under hensyntagen til den individuelle families ressourcer, interne relationer og behov. Indsatsen tilrettelægges således, at der også tages hensyn til modenhed, ungdomsliv og behov for autonomi – f.eks. kan den 15-årige have behov for at inddrage andre dele af sit netværk end sine forældre. Er der iværksat flere samtidige indsatser er relationel koordinering afgørende, så indsatsen og samarbejdet koordineres ud fra en samlet plan.

I komplekse sager, hvor samarbejde med familien kan være udfordret, er det afgørende, at alle parter koordinerer indsatsen ud fra fælles mål. Det er nødvendigt at være opmærksom på udvikling i BMI i grundskolealderen, men BMI bør ikke alene være afgørende for, om en familie tilbydes en indsats medmindre, at barnets BMI er meget højt – eller er det blevet det inden for kort tid.

Almen praksis

Opsporing af børn med overvægt eller begyndende overvægt kan ske i forbindelse med forskellige kontakter hos den praktiserende læge. Der bør være skærpet opmærksomhed på børn, hvor der er overvægt hos én eller begge forældre, og/eller risiko for udvikling af diabetes og/eller hjertekarsygdom. Såfremt den praktiserende læge vurderer, at barnet og familien oplever udfordringer med mad, krop og trivsel, kan sundhedsplejen orienteres og en intervention iværksættes.

Almen praksis kan henvise børn og unge videre til en børne- og ungeafdeling med henblik på udredning for og behandling af eventuelle følgesygdomme, hvis barnet har svær overvægt, som ikke alene har kunnet håndteres i kommunalt tilbud, eller hvor der er mistanke om kompliceret overvægt.

Folkeskolen

Forudsætningen for at kunne hjælpe børn er, at de voksne omkring dem opdager selv små signaler på, at de ikke trives. Tidlig indsats vil typisk ikke være så indgribende i barnets og familiens liv, som en eventuel senere indsats vil være, når problemerne har vokset sig store og fået en alvorlig konsekvens for hele barnets udvikling. Der skal allerede sættes ind, når barnets skolegang ændrer karakter. Selv små ændringer som for sent fremmøde eller udeblivelse skal undersøges, da det kan være begyndende tegn på mistrivsel.

Medarbejdere i folkeskolen er kontinuerligt og i tæt kontakt med eleverne og skolens øvrige personale, hvorfor de har gode forudsætninger for tidligt at forebygge og opspore mistrivsel, få iværksat indsatser og hurtigt få børnene tilbage på sporet i samarbejde med skolens øvrige personale.

Sundhedsplejen

Sundhedsplejen på skolen identificerer børn med overvægt ved ind- og udskolingsundersøgelserne, samt ved funktionsundersøgelserne i 1. klasse og på mellemtrinnet. Den kommunale tandpleje, personalet på barnets skole, SFO og ungdomsklub kan inddrages i opsporing, indsats og opfølgning. Således kan de kommunale aktører have en skærpet opmærksomhed på barnets trivsel, sociale relationer, mobning mv.

Sundhedsplejersken kan, i samarbejde med forældrene, vurdere, hvilket tilbud, der er relevant for barnet/den unge - eksempelvis forløb hos skolesundhedsplejen, henvisning til et kommunalt livsstilstilbud eller tilbud i civilsamfundet – f.eks. julemærkehjem. Sundhedsplejen sikrer, at forældre og almen praksis orienteres og inddrages løbende. Sundhedsplejen sikrer ligeledes, at der er en klar tovholder på familiens forløb og klare aftaler med alle involverede parter.

UDKAST

Kommunal sundhedsafdeling

Kommunen tilrettelægger et livsstilstilbud, der henvender sig til børn og unge med overvægt og deres forældre. Livsstilsforløbet bør især have fokus på at lave brobygning og inddrage foreningsliv eller andre netværk i civilsamfundet for at skabe fællesskab og trivsel.

Sygehus

Hvis der er tale om svær overvægt, kompliceret overvægt, hvis der er mistanke om følgesygdomme eller fysiologiske årsager til overvægten, henvises til udredning i specialistregi på en børne- og ungeafdeling. Sygehuset bør have en konsulterende funktion i forhold til at afdække fysiske lidelser, men kostvejledning og øvrige interventioner bør så vidt muligt fortsat være forankret i kommunalt regi - tæt på familien. Sygehuset kan også have en udredende og behandlende rolle – fx ved kompliceret overvægt. Forløbene foregår således sideløbende, hvilket kræver et tæt og formaliseret samarbejde imellem de kommunale tilbud og den lokale Børne- og ungeafdeling. Sygehuset skal sikre et tværsektorielt samarbejde, således at den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis orienteres og inddrages i den videre proces. Sygehuset kan ligeledes, efter endt forløb i regionalt regi, henvise barnet og familien til kommunalt livsstilstilbud, hvis de endnu ikke er tilknyttet et.

UDKAST

Figur 3: Børn i grundskolealderen med overvægt (5-15 år)

UDKAST

Målgruppe 16-24 år

Målgruppen er bred og kan være svær at favne og sikre lige opsporende tiltag hos. Unge mennesker har ofte en sporadisk kontakt med sundhedsvæsenet, og der findes derfor ikke en entydig platform i forhold til specifik opsporing af unge med overvægt, eller en entydig metode til at formidle viden om sundhedstilbud.

Et styrket tværfagligt samarbejde med bl.a. uddannelsesinstitutioner, herunder FGU og STU, Jobcenter samt UU-vejledning m.fl. er derfor relevant for denne målgruppe. Samtidigt er det vigtigt at have for øje, at et vægttabsforløb til unge mennesker ofte er afhængigt af, at de unge selv henvender sig og efterspørger et tilbud.

For at sikre de unges trivsel og sundhed er det nødvendigt at tilpasse overvægtsindsatsen til de unges udvikling, særlige behov og generelle ungdomsliv, og tilbuddet skal ideelt set være til rådighed dér, hvor den unge er klar til det. Viden, adfærd og kompetencer i ungdomsårene har stor betydning for senere sundhedsadfærd, idet livsstilsvaner som kost, rygning og fysisk aktivitet ofte grundlægges i ungdomsårene. I og med, at denne målgruppe når myndighedsalder, må der nødvendigvis tages hensyn til, at forældre muligvis ikke længere er det mest relevante netværk at inddrage i indsatsen[7].

Sundhedsplejen

Såfremt sundhedsplejersken har relevant viden fra udskolingsundersøgelsen, kan dette med fordel videreformidles til almen praksis eller kommunal sundhedsafdeling med samtykke fra den unge og den unges familie.

Almen praksis

Almen praksis kan forholde sig til konkrete henvendelser fra unge mennesker relateret til overvægt, men kan med fordel også have en skærpet opmærksomhed i forbindelse med andre henvendelser, hvor overvægt ikke direkte italesættes af den unge. Almen praksis antages at have fokus på den unges generelle trivsel, herunder mentalt helbred og forhold til mad, krop, søvn og bevægelse. Der kan også med fordel være skærpet opmærksomhed på unge mennesker, hvor der er overvægt hos én eller begge forældre, og/eller risiko for udvikling af diabetes og/eller hjertekarsygdom. Såfremt den praktiserende læge vurderer, at den unge oplever udfordringer med mad, krop og/eller trivsel, henvises den unge til et kommunalt livsstilstilbud. Almen praksis kan desuden henvise til forløb i specialistregi med henblik på udredning for, og behandling af, eventuelle følgesygdomme, hvis den unge har svær overvægt eller der er mistanke om kompliceret overvægt.

Kommunal sundhedsafdeling

Indsatser rettet mod unge mennesker bør altid tage udgangspunkt i den unges egne ønsker og behov, samt inddrage den unges netværk. Indsatsen bør også være relationelt koordineret, og fagpersonerne kan med fordel interessere sig for de bagvedliggende mekanismer i forhold til den unges adfærd i relation til mad, krop og bevægelse. I ungdommen fylder tanker om krop, selvværd og identitet typisk mere end i barndommen og dette bør afspejles i indsatsen. Den kommunale livsstilsindsats har ideelt set en tæt kontakt og samarbejde med kommunens familieafdeling.

Nedenstående er et eksempel på en kommunal platform, der har kontakt til andelen af unge i alderen 16-24 år, der er *uden for* beskæftigelse og uddannelse:

Den Koordinerede Ungeindsats (KUI), som er forankret i den kommunale uddannelses- og beskæftigelsesforvaltning, skal bl.a. sikre, at ansvaret for den unge er præcist og effektivt forankret indtil det fyldte 25. år.

[7] For inspiration: Se evt. HJEM | Trivselsberedskab

UDKAST

Herved oplever de unge, der har behov for støtte på tværs af flere områder, ikke at skulle koordinere sin egen sag og indsats. Kommunerne skal tilrettelægge KUI på en sådan måde, at den unge ikke klientgøres. KUI er en central indgang til kommunens tilbudsvifte for de unge, der er uden for job og uddannelse, og indsatsen kan således være en vigtig aktør i forhold til socialt sårbare unge med overvægt (17).

Sygehus

Hvis der er tale om svær overvægt, kompliceret overvægt, hvis der er mistanke om følgesygdomme eller fysiologiske årsager til overvægten, henvises til udredning i specialistregi på sygehuset. Sygehuset bør altid have en konsulterende funktion i forhold til at afdække fysiske lidelser. Kostvejledning og øvrige interventioner bør så vidt muligt fortsat være forankret i kommunalt regi - tæt på familien. Sygehuset kan også have en udredende og behandlende rolle – fx ved kompliceret overvægt. Forløbene foregår således sideløbende, hvilket kræver et tæt og formaliseret samarbejde imellem de kommunale tilbud og den lokale Børne- og ungeafdeling.

Sygehuset skal sikre et tværsektorielt samarbejde, således at den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis orienteres og inddrages i den videre proces. Sygehuset kan ligeledes, efter endt forløb i regionalt regi, henvise barnet og familien til kommunalt livsstilstilbud, hvis de endnu ikke er tilknyttet et.

UDKAST

Figur 4: Unge med overvægt (16-24 år)

Gravide med overvægt

Indsatsen skal sikre sammenhæng, kvalitet og kommunikation ved at have et særligt fokus på samarbejde på tværs af sektorerne. Indsatsen bør være støttende med et forebyggende sigte fra starten af forældreskabet, og indsatsen bør tage udgangspunkt i den enkelte gravides ønsker, behov, ressourcer, relationer og netværk.

Der skal være en skærpet opmærksomhed i forhold til gravide, der oplever mistrivsel i relation til mad, krop, bevægelse og vægt. Graviditet kan, for nogle kvinder, være den udløsende faktor for udvikling af overvægt ligesom der kan opstå vedvarende vægtproblemer eller mistrivsel i forhold til mad, krop og vægt.

Svangreomsorgen rummer ikke kun en opmærksomhed på kvinden og det ufødte/fødte barn, men også på partneren og hele familien. Som led i at yde en familieorienteret omsorg skal der være fokus på en øget inddragelse af partneren eller andet netværk, hvis kvinden er alene med barnet.

Henvisning imellem praktiserende læge, jordemoder/sygehus og sundhedsplejerske sker ved brug af fx elektronisk understøttede korrespondancemeddelelser, epikrise og fødselsmeddelelser. Er overvægt en supplerende eller sammenhængende faktor i det samlede billede for gravide tilknyttet Familieambulatoriet, kan den nuværende skabelon for kommunikation mellem kommunal myndighed på social- og familieområdet og fødestederne anvendes Bilag 2 i Samarbejdsaftalen omkring sårbare gravide).

En gravid om potentialet i at informere og forberede til et livsstilsforløb:

"Det har ikke været så meget fokus på vægtdelen fra begyndelsen. Jeg fik hurtigt en henvisning. Ikke så mange forklaringer. Det var først, da jeg kom til afdelingen, at jeg forstod hvad det handlede om. Kunne godt bruge den kobling. Det kunne være godt med info forinden"

Tabel 4: Sundhedsstyrelsens anbefalinger for vægtstigning i graviditeten

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for vægtstigning i graviditeten efter BMI-klassifikation		
Klassifikation	Prægravid BMI kg/m^2	Anbefalet vægtstigning (kg)
Undervægtig	<18,5	13-18
Normalvægtig	18,5-24,9	10-15
Overvægtig	25-29,9	8-10
Svær overvægt/fedme	>30	6-9

Almen praksis

Almen praksis bør allerede inden en eventuel graviditet være opmærksom på kvindens overvægt. Kvinden og hendes partner kan ved behov tilbydes livsstilssamtale allerede ved planlægning af graviditet, eller henvises til kommunal visitationssamtale før graviditet. Dette kan ske i forbindelse med fjernelse af spiral, samtale om anden præventionsform eller i forbindelse med graviditetsønske.

Livsstilsændringer har vist sig at have gunstig effekt på sygeligheden hos mor og barn under og efter graviditet, og det samme er gældende ved fertilitetsudfordringer, hvor chancerne for at opnå ønsket graviditet, øges med en mere hensigtsmæssig livsstil hos både kvinden og manden.

Ved første graviditetsundersøgelse er den praktiserende læge opmærksom på kvindens fysiske og mentale trivsel og eventuel overvægt hos den gravide og partner. Lægen kan ligeledes gøre den gravide opmærksom på den anbefalede vægtøgning i graviditeten. Den praktiserende læge observerer derudover løbende, om den gravide oplever en vægtøgning, der overskrider anbefalingerne og vejleder hende tilsvarende.

Egen læge sender efterfølgende en svangrehenvisning til sygehuset, hvori relevante oplysninger anføres. På svangerskabsjournalen noteres BMI, fysiske, psykiske og sociale forhold, samt eventuelle udfordringer med mad, krop og bevægelse. Herved får sygehusets bedre kendskab til kvinden og mulighed for at visitere til specifikke tilbud, der matcher hendes behov. Det er vigtigt med effektive henvisnings- og kommunikationsveje mellem de tværsektorielle aktører. Henvisningen formuleres sammen med den gravide og partner ud fra deres ønsker og behov. Dertil oplyses parret om, at de også selv kan henvende sig til de forskellige aktører.

Stor vægtøgning før uge 20 er prædiktivt for stor vægtøgning i den resterende del af graviditeten.

Gravide med prægravid BMI på ≥27 henvises til glukosebelastningstest i uge 24-28. Ved tidligere GDM eller ≥2 risikofaktorer tilbydes første OGTT i uge 14-20.

Gravide med BMI ≥ 50 visiteres til OUH, idet den fødendes BMI medfører en højrisiko fødsel.

Ved Forhøjet BMI eller oplevet mistrivsel i relation til mad, krop og vægt tilbydes den gravide og partner henvisning til visitationssamtale i kommunen. Dette noteres i svangrepapirerne eller kommunikeres via korrespondancemeddelelse til jordemoderen for at optimere det sammenhængende patientforløb og muligheden for videre opfølgning.

Efter fødslen følger den praktiserende læge op på kvindens og familiens trivsel i forbindelse med efterfødselsundersøgelse og de første børneundersøgelser. Her kan der med fordel være fokus på vægtøgning ud over det anbefalede i graviditeten, og vejledning i forhold til kommende graviditeter. Ved behov kan der tilbydes henvisning til relevante kommunale livsstilstilbud.

Henvisningen formuleres sammen med den gravide og partner ud fra deres ønsker og behov. Dertil oplyses parret om, at de også selv kan henvende sig til de forskellige aktører.

Jordemoder

Jordemoderen er opmærksom på kvindens vægt i forbindelse med første graviditetsundersøgelse og derefter på, om kvinden oplever vægtøgning, der overstiger det anbefalede i løbet af graviditeten. I tilfælde af stor vægtøgning kan jordemoderen henvise til konsultation hos specialistjordemoder, visitere til graviditetsbesøg af sundhedsplejersken eller henvise til et relevant kommunalt livsstilstilbud.

Gravide med BMI over 35 tilbydes konsultationer hos specialjordemoder, hvor fokus er på familiedannelse, tilknytning til barnet, samt rådgivning med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten via kostomlægning og fysisk aktivitet.

Gravide med svær overvægt kan henvises til ultralydsundersøgelse i uge 35-37 med henblik på kontrol af fosterstilling, fostertilvækst og samtale med obstetriker i forhold til planlægning af fødselsforløb. Tilbud om profylaktisk epidural kan diskuteres ved samme lejlighed.

Jordemoderen bør så tidligt som muligt, sammen med den gravide, sende en henvisning til sundhedsplejersken med relevante informationer om kvinden, herunder forhold som f.eks. højt BMI, negativ kropsopfattelse, mistrivsel i forhold til kost og bevægelse, mental mistrivsel, mv. Herved får sundhedsplejersken de bedste forudsætninger for at kunne tilbyde hjælp eller visitere til et kommunalt livsstilstilbud, der passer til kvindens behov før og efter fødsel.

UDKAST

Jordemoderen kan også, ved forhøjet BMI eller oplevet mistrivsel i relation til mad, krop og vægt, tilbyde den gravide og partner henvisning til visitationssamtale i kommunen. Dette noteres i svangrepapirerne eller kommunikeres via korrespondancemeddelelse til praktiserende læge og sundhedsplejerske for at optimere det sammenhængende patientforløb og sikre mulighed for videre opfølgning[8].

Amning

Den gravide kan tilbydes ammekonsultation i løbet af graviditeten hos ammespecialist (f.eks. IBCLC eller tilsvarende), idet mødre med svær overvægt ofte oplever problemer med opstart og vedligeholdelse af amning. Her vejledes den gravide b.la. i ammestillinger, håndstimulering/udmalkning, samt mulighed for at give egen råmælk som eftermad ved de første amninger (udmalket i graviditeten).

Fokus i den koordinerede ammevejledning er at styrke den gravides forudsætning for et vellykket ammeforløb. Dette kan medvirke til at forebygge overvægt hos barnet senere i livet samt have en gunstig effekt på kvindens vægtreducering i barselsperioden. Et vigtigt parameter for et vellykket ammeforløb er at være styrket i troen på at amningen vil lykkes, og her er det også vigtigt at inddrage partner eller andet netværk, så amning bliver en fælles opgave og prioritering i familien.

Efter fødslen kan familien tilbydes indlæggelse på barselsafsnittet, hvis det vurderes gunstigt i forhold til opstart og etablering af amningen.

Planen beskrives i journalen, så jordemoder ved fødslen og barselspersonale under barselsforløbet kan styrke indsatsen. Efter aftale med kvinden sendes korrespondance til sundhedsplejerske med relevante oplysninger om plan og videre opfølgning, samt mulighed for prioritering af ammespecialist i barselsforløbet for optimal ammevejledning. Kommunikation via korrespondancer sker både i løbet af graviditeten, ved udskrivelse fra eventuelt barselsafsnit og efter hjemmebesøg af jordemoder.

Sundhedsplejen

Sundhedsplejen kan, efter henvisning fra almen praksis eller sygehus, tilbyde graviditetsbesøg i 2.-3. trimester med henblik op tidlig indsats. I besøget bør der være en skærpet opmærksomhed i forhold til gravide, der oplever mistrivsel i relation til mad, krop og bevægelse. Sundhedsplejen kan desuden tilbyde besøg med fokus på amning. Efter besøget sendes korrespondance – efter aftale med den gravide - til jordemoder med relevante oplysninger for videre opfølgning og optimering af sammenhængende patientforløb.

Fokus ved de første barselsbesøg er, ud over amning og barnets trivsel, også på hensigtsmæssige kost- og motionsvaner, samt mental trivsel hos den nybagte familie. Sundhedsplejersken kan ved behov henvise kvinden og eventuelt partner til et livsstilsforløb i forbindelse med barselsbesøg. Hvis andre kommunale tilbud er iværksat, sikrer sundhedsplejersken den relationelle koordinering, og at familien altid oplever sig inddraget. Sundhedsplejersken sikrer ligeledes, at almen praksis er orienteret.

Ved mistanke om nyopstået stofskiftesygdom eller lignende, henvises kvinden til egen læge for udredning og opfølgning før henvisning til kommunal visitationssamtale.

Kommunal sundhedsafdeling

Kommunen tilrettelægger og tilbyder et livsstilsforløb, som almen praksis, jordemoderen og sundhedsplejersken kan henvise til. Forløbet indeholder en afklarende samtale med henblik på at kunne tilbyde kvinden

[8] For inspiration: Se Fødeplanen En god start på livet (regionsyddanmark.dk)

et forløb, der passer til hendes livssituation. Livsstilsforløbet bør, foruden at have fokus på kost og motion, særligt have fokus på glæde og trivsel – fysisk såvel som mentalt, samt lave brobygning og inddrage foreningsliv eller andre netværk i civilsamfundet. Det anbefales, at der sættes fokus på overgangen imellem *gravid* med overvægt til at være *forælder* med overvægt.

Det er en lokal opgave for kommunerne at formidle information om relevante tilbud – f.eks. via sundhed.dk ("tilbud i kommunerne").

UDKAST

Figur 5: Gravide med overvægt

Tovholder: Ofte sundhedsplejen

Sundhedspleje: Graviditets- og efterfødselsbesøg med skærpet opmærksomhed på amning og trivsel i forhold til mad, krop og bevægelse.

Sundhedsafdeling: Afklarende samtale og livsstilstilbud tilpasset målgruppen med særlig fokus på trivsel i forhold til mad, krop og bevægelse, samt bagvedliggende faktorer. Brobygning til civilsamfundet.

ALMEN PRAKSIS:
Svangrekonsultationer
Fokus på trivsel og anbefalet vægtøgning
Henvisning til OGTT
Præ-graviditet/fertilitet

SYGEHUS

SPECIALISERET JORDEMODER:
Svangrekonsultation m. opmærksomhed på anbefalet vægtøgning samt trivsel ift. mad, krop og bevægelse.
Fokus på partner og familiedannelse
Samtale med ammespecialist

FØDEAFDELING:
Kontrol af fosterstilling og fostervækst, samtale med obstetriker om fødslen OBS følgesygdomme

SPECIALISERET FØDEAFDELING:
Gravide med BMI ≥50 visiteres til OUH

Eksempler på øvrige aktører og perspektiver

Det patologiske spisemønster – psykiatrien som understøttende system

BED menes at være den hyppigst forekommende spiseforstyrrelse og fik egen diagnosekode i Danmark 1.1.22, men der er endnu utilstrækkelig viden om forekomst og intervention. Dog antages det, at en tidlig indsats afkorter sygdomsforløbet. Det menes, at 8%[9] af de borgere, der søger behandling for overvægt, har symptomer på BED, samt at tilstanden oftest debuterer i 12-14års alderen. 25% af unge med overvægt har episoder med overspisning, der er associeret med tab af kontrol, hvilket er en mulig indikator for BED. Når spisemønstret er patologisk og indikerer en spiseforstyrrelse som fx BED, bør en specialiseret indsats på sygehuset tænkes ind så tidligt som muligt, så borgeren får adgang til den støtte og vejledning, der er behov for. Der findes pt. ingen behandlingstilbud til børn/unge med BED. Der er mindst to projekter i gang, der har til formål at generere mere viden om opsporing af BED[10]. Børn med f.eks. autisme og ADHD, og som har overvægt, kan have store udfordringer med at ændre vaner eller et konfliktfyldt forhold til nye ting, og der skal ofte særlige metoder til. Hér kan psykiatrien tilbyde faglig sparring til eksempelvis forældre og kommunale aktører hos bl.a. PsykInfo.

En 24årig mand efterlyser en tidlig og sammenhængende hjælp

"Jeg ville ønske, at familieafdelingen var blevet inddraget meget tidligere, så min familie havde fået den vejledning, vi havde behov for – fx i form af en mentor eller en støtte-kontaktperson. Jeg ville i det hele taget ønske, at der var taget udgangspunkt i familiens behov og ressourcer. Jeg vil råde fagpersonerne til at kende hinanden og hinandens virkeområder, samt at acceptere, at det er det lange seje træk, der virker.

Overvægt som symptom på mistrivsel – myndighedsperspektivet som et understøttende system

Hos børn, unge eller gravide, hvor overvægt kan skyldes mistrivsel eller hvor familien er socialt sårbar, bør myndighedsafdelingen inddrages så tidligt som muligt, så familien får adgang til den hjælp, vejledning og støtte, der er behov for.

Borgere med minoritetsbaggrund eller borgere i en udsat position – civilsamfundet som et understøttende system

Boligsociale indsatser findes i flere af de sydjyske byer (18). Hér har medarbejderne ofte et godt kendskab og gode relationer til borgerne i området og kan tænkes ind som en relationel samarbejdspartner. De boligsociale indsatser arbejder helhedsorienteret med et særligt fokus på at styrke civilsamfund, trivsel og resiliens blandt borgere i udsatte boligområder. I de boligsociale helhedsplaner findes ofte også viden om og erfaring med sundhedsadfærd og spisekultur blandt borgere med minoritetsbaggrund. Visse kommuner har også interkulturelle aktører i sundhedsafdelingen – bl.a. *Sundhedsformidlerne* i Esbjerg Kommune (19).

UDKAST

[9] Forekomsten af BED er endnu ikke tilstrækkelig belyst og må forventes at være forbundet med væsentlige mørketal.

[10] "STOB – Screeningsværktøj til Tidlig Opsporing af BED i almen praksis samt udbredelse af viden om BED i almen praksis - Nationalt Center for Overvægt (NCFO), Region Midtjylland + Caretoons" og "Tidlig opsporing af tvangsoverspisning (BED) i danske kommuner - Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade"

Eksempler på aftaler og partnerskaber med snitflader til samarbejdsaftalen

- Alliancen Børnevægt i Sund Balance
- Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression
- Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse
- Fremskudt Trivselsberedskab
- Nationalt Center for Overvægt
- Region Syddanmarks fødeplan
- Regional samarbejdsaftale for Familieambulatorie plus
- Regional samarbejdsaftale for sårbare gravide
- Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark

Ressourcetræk

Med denne tværsektorielle samarbejdsaftale på overvægtsområdet i Region Syddanmark, er der udarbejdet en række anbefalinger, som aktørerne opfordres til at implementere efter aftalens ikrafttræden. Disse anbefalinger vil i mange tilfælde kræve konkrete ændringer i måden, der arbejdes på i dag. Dette kan medføre et øget ressourcetræk i forhold til at løfte overvægtsopgaven fremadrettet.

Anbefalingerne skal læses som forslag til, hvad der kan gøres lokalt. Implementering af anbefalingerne, herunder *hvordan* og *hvor mange*, der implementeres, besluttes lokalt af de enkelte parter, som aftalen berører.

Implementering

Implementering af den tværsektorielle samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen og de dertilhørende handlinger berører. Nogle af anbefalingerne vil kunne implementeres lokalt, mens andre kræver bred koordinering på tværs af kommuner og region.

Det foreslås, at der nedsættes en implementeringsgruppe i hver sundhedsklynge, som sikrer implementeringen af aftalen hos aftaleparterne i samarbejde med sundhedsklyngerne. Det kunne styrke samarbejdsaftalen og dens implementering yderligere, hvis der nedsættes en mindre tværsektoriel følgegruppe, som refererer til Følgegruppen for Forebyggelse.

Der opfordres desuden til, at der afholdes regionale temadage i et passende interval om det tværsektorielle samarbejde vedrørende børn, unge og gravide med overvægt for de parter, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen, hvor eksempelvis implementeringsgrupperne vil være ansvarlige for at pege på en aktuel problemstilling med udgangspunkt i samarbejdsaftalen. Formålet med temadagen er at gøre status på udviklingen, initiativer og samarbejdet, herunder dele og formidle ny viden samt erfaringer.

Evaluering og monitorering

Følgegruppen for Forebyggelse har ansvaret for at følge op på anvendelsen og udviklingsretningen af samarbejdsaftalen. Der gøres, på baggrund af allerede eksisterende data og inputs fra sundhedsklyngerne, status på aftalen og implementeringen heraf efter 12 måneder. Materialet samles og analyseres med henblik på at få et mere klart billede af:

UDKAST

- Det tværsektorielle samarbejde
- Implementeringen af samarbejdsaftalen, herunder samarbejdsaftalens anbefalinger
- Anvendelsen af samarbejdsaftalen

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i sundhedsklyngerne.

Samarbejdsaftalen revideres, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgaven, eksempelvis nye lovgivninger, anbefalinger eller kvalitetsstandarder.

Arbejdsgruppens sammensætning

Formandskabet

- Jeanette Ryan Elbek, Leder, Center for Sundhedsfremme, Varde Kommune
- Anne Uller, Chefjordemoder, Kvindesygdomme og fødsler, Sygehus Lillebælt

Regionale

- Christina Anne Vinter, Obstetrisk overlæge, PhD, Ass. professor, Gyn/Obs Afdeling, OUH og Steno Diabetescenter
- Didde Lauritzen, Børnelæge, Sygehus Sønderjylland
- Maja Sidelmann Basnov, Cheflæge ved Børne- og Ungepsykiatrien Odense
- Mathilde Lyngholm Flindt, Psykolog, Sydvestjysk Sygehus
- Pernille Brunbech, Psykolog, Sydvestjysk Sygehus
- Tine Flodgaard Helles, Jordemor, Sygehus Sønderjylland

Kommunale

- Andreas Aagaard, Skolekonsulent, Varde Kommune
- Anne Grethe Helmer-Hansen, Dagplejeleder, Odense Kommune
- Edel Nyskov Hansen, Sundhedsplejerske, Haderslev Kommune
- Dorte Røgild, Sundhedsplejerske med speciale i overvægt, Svendborg Kommune
- Sara Sønderby Nielsen, Sundhedsfaglig koordinator, Esbjerg Kommune
- Ulla Dupont, Ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Almen praksis

- Kamilla Rost, Praktiserende læge og Praksiskonsulent, Sygehus Lillebælt

Ad hoc

- Ellen Aagaard Nøhr, Jordemoder, Professor, OUH og SDU

UDKAST

Sekretariatet

- Karin Mitens, Udviklingskonsulent, Center for Sundhedsfremme, Varde Kommune
- Lars Kunz Schubert, Konsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark
- Frida Middelfart, Konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark

UDKAST

Kilder

1. Danmarks Statistik, 2021: ”Ulighed i Børneovervægt i Danmark”
2. Forum For Mænds Sundhed, 2017: ”Fædres brug af sundhedsvæsenet”
3. Høgh, D; Christensen, U. & Grabowski, D., 2020: “Intra-familial health polarisation: how diverse health concerns become barriers to health behaviour change in families with preschool children and emerging obesity” I: Sociology of health and illness Vol. 42: 6.
4. KL, 2021: ”Overvægt blandt de ældste skolebørn rammer socialt skævt” i: Momentum, oktober 2021
5. Nationalt Center For Overvægt, 2022: ”Kommunale Erfaringer med sundhedstilbud til børn, unge og voksne med overvægt”
6. Region Syddanmark, 2017: ”Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark”
7. SDU, 2020: ”Overvægt og svær overvægt blandt danske børn og unge”
8. Sundhedsstyrelsen, 2018: ”Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt”
9. Sundhedsstyrelsen, 2018: ”Forebyggelsespakke – Fysisk Aktivitet”
10. Sundhedsstyrelsen, 2018: ”Forebyggelsespakke – Overvægt”
11. Sundhedsstyrelsen, 2019: ”Livsstilsintervention ved svær overvægt: Anbefalinger for tilbud til børn og voksne”
12. Sundhedsstyrelsen, 2022: ”Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021”
13. Statens Institut for Folkesundhed, 2018: ”Sundhedsprofil for børn født i 2018 fra Databasen Børns Sundhed”
14. Vidensråd for Forebyggelse, 2021: ”Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge”
15. VIVE, 2021: ”Overvægt og Stigmatisering – hvad er vejen frem?”
16. Sundhed.dk
17. Børne- og Undervisningsministeriet: https://www.uvm.dk/vejledning-og-stoettemuligheder/vejledning/ansvar-og-aktoerer/den-kommunale-ungeindsats
18. Landsbyggefonden: ”Det Boligsociale Danmarkskort”: https://lbf.dk/det-boligsociale-danmarkskort/
19. Esbjerg Kommune: ”Sundhedsformidlerne”: https://www.esbjerg.dk/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud-og-kurser/netvaerk/sundhedsformidlere
20. Region Syddanmark og ABC for Mental Sundhed: https://regionsyddanmark.dk/om-region-syddanmark/presse-og-nyheder/nyhedsarkiv/2021/marts/region-syddanmark-tilslutter-sig-partnerskabet-abc-for-mental-sundhed

Databaser:

A. Det Medicinske Fødselsregister (data indhentet 12.8.2022)
B. Den Nationale Børnedatabase (data indhentet 12.8.2022)

UDKAST

Bilag: Inspirationskatalog

Tværsektorielt samarbejde

Overvægtsnetværket Sønderjylland
- Eksempel på et formaliseret og systematisk overvægtsnetværk mellem kommuner, sygehus og julemærkehjemmet Fjordmark

Siden 2017 har overvægtsindsatsen for børn og unge i Sønderjylland, været organiseret i et samarbejdsnetværk imellem de 4 Sønderjyske kommuners overvægtsklinikker (Haderslev, Sønderborg, Tønder og Aabenraa), Børneafdelingen på Sygehus Sønderjylland og Julemærkehjemmet Fjordmark.

2 gange årligt mødes netværket til samarbejdsmøde, indkaldt og afholdt af Børneafdelingen. Her følges der op på- og justerer samarbejdet og udviklingen hos de enkelte enheder (nye tiltag, udfordringer og succeser, spændende kurser etc.). Netværket bruges desuden til fælles vidensdeling om nyeste viden på området, diskussion af cases og udvikling af nye løsninger i samarbejdet omkring børn og unge med overvægt i Sønderjylland. Netværkets samarbejdsmodel er formelt godkendt i SOF-Sønderjylland.

Den nuværende samarbejdsmodel har flyttet det primære tilbud til alle børn og unge uden komorbiditet ud i kommunerne. Sygehuset fungerer som konsulenter, der tilbydes fysiske screeninger ved bekymring for fysisk årsag til svær overvægt. Der organiseres *shared care* forløb i de tilfælde hvor der er behov for fortsat opfølgning i sygehusregi.

Sygehuset har således kun i få og udvalgte tilfælde egentlig vejledning ift. overvægt. Den opgave er forsøgt bibeholdt i kommunerne - tæt på barnets miljø og med den bedste mulighed for inddragelse af skole, familie og den kommunale børn og familieenhed.

Ved opstart og afslutning af forløb, eller ved shared care forløb i regionalt regi, tilgår journalnotater både egen læge og den kommunale sundhedspleje/overvægtsklinik.

Julemærkehjemmet Fjordmark indgår nu som en aktiv del af et overvægtsforløb, som der tilstræbes at samarbejde med omkring de børn og unge som indskrives på julemærkehjemmet. Herved er der tilbud både før og efter et forløb på Julemærkehjemmet, i hjemkommunen, og der afholdes afsluttende overleveringsmøder imellem instanserne.

Børn

Målrettede sociale indsatser i dagtilbud i Haderslev Kommune i forhold til familier i udsatte positioner – et eksempel på et formaliseret og systematisk samarbejde imellem sundhedspleje, dagtilbud og forældre

Et treårigt projekt, som startede 2019 og afsluttes 2022, som omfatter dagtilbud med en høj andel af børn i udsatte positioner. Projektet understøtter en tidlig tværfaglig og helhedsorienteret indsats med fokus på styrket forældresamarbejde med henblik på at understøtte barnets trivsel og læring. Der er tillige fokus på inkluderende fællesskaber og på at udvikle, styrke og systematisere nye tværfaglige indsatser i samarbejde med forældrene, for at drage erfaringer, som senere kan bredes ud. Succeskriterierne er, at indsatsen bidrager til at udligne sociale forskelle og

UDKAST

at indsatsen styrker samarbejdet imellem forældre, dagtilbud og sundhedspleje og forældre. Evaluering af projektet forventes ultimo 2022.

Model for samarbejde mellem Haderslev Kommune og julemærkehjemmet Fjordmark – et eksempel på et systematisk samarbejde imellem skole, sundhedspleje og julemærkehjem med fokus på sammenhæng

Tilbuddet er rette mod børn og deres familier, som er blevet tilbudt et ophold og som har afsluttet et ophold på et julemærkehjem**.** Målet for samarbejdet mellem Haderslev Kommune og julemærkehjemmene er at sikre at børnene får det størst mulige udbytte af parternes indsats og af de ressourcer som investeres. Samarbejdet mellem kommunen og julemærkehjemmene er samtidig et samarbejde med familien og skal ske med familiens accept. Samarbejdsmodellen skal sikre en kommunikation, der giver en sammenhængende indsats i forhold til det enkelte barn. Modellen er struktureret, så den kan fungere i alle kommuner uanset serviceniveau. Der er udpeget en kommunal tovholder, som er julemærkehjemmets faste kontaktperson. Der afholdes årlige netværks- og sparringsmøder imellem parterne. Før og efter opholdet afholdes et møde imellem familien, julemærkehjemmet, sundhedsplejen, klasselæreren og en medarbejder fra det rådgivende team. Hér drøftes roller, opbakning, modtagelse i klassen efter hjemkomst, opfølgning, fastholdelse af positiv udvikling, relevante muligheder samt eventuelle udfordringer, der har betydning for familiens trivsel.

Brobygning til foreningslivet i Esbjerg Kommune (”Lodsordningen”) – et eksempel på lavpraktisk støtte til familier efter endt livsstilstilbud

En lods er et maritimt udtryk for en person, der hjælper større skibe sikkert på vej. I lodsordningen i Esbjerg Kommune hjælper en ”lods” (en koordinator) børn og unge trygt i gang i foreningslivet. Igennem kommunens partnerskab i ABC for mental sundhed har Esbjerg Kommune fokus på at fremme den mentale sundhed, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved at hjælpe børn og unge videre i meningsfulde aktiviteter i foreningslivet. Der er dermed ikke fokus på, at aktiviteten skal være en fysisk aktivitet. I lodsordningen hjælper koordinatoren lavpraktisk familier med at finde en aktivitet, som barnet har lyst til at prøve at gå til – det kunne for eksempel være spejder eller fodbold. Herefter undersøger koordinatoren, hvor det vil være muligt for barnet at prøve aktiviteten og der laves en aftale med foreningen om, hvordan barnet kan modtages og få en god opstart – koordinatoren kan eksempelvis deltage den første gang. Lodsordningen anvendes bl.a. når et barn/en ung har afsluttet YouFit. Udover samarbejdet med familierne, har koordinatoren også en stor rolle i at klæde foreningerne på til at modtage børnene. Esbjerg Kommune har hjulpet børn i følgende aktiviteter: Jum4Fun, bordtennis, spejder, boksning, skøjtning, familieidræt, fodbold, bueskydning, svømning, skydning, LOOP-fitness, curling, dans/hiphop og amerikansk fodbold. Kommunens erfaring er, at for mange familier er det svært at forstå, hvordan foreningssystemet hænger sammen, hvilke forskellige foreninger, der rent faktisk er og hvordan man starter i et tilbud. Ønsker man som kommune at hjælpe børn i gang i foreningslivet, kan det derfor være en god ide at have en koordinator, der kan hjælpe med disse lavpraktiske ting, der for nogle familier er meget svært.

UDKAST

Unge

Fremskudt medarbejder på Campus og FGU i Varde Kommune – et eksempel på et lavtærskel tilbud dér hvor de unge er

”Time Out” er en indsats, der henvender sig til unge, der oplever udfordringer i forhold til eksempelvis mental trivsel. Indsatsen er lokaliseret på campus i Varde, som huser kommunens 10. klasse-tilbud og ungdomsuddannelser, samt på FGU. Indsatsen varetages af en socialrådgiver, en rusmiddel- og forebyggelseskonsulent og en psykolog. De unge kan selv opsøge medarbejderne eller bede om at blive kontaktet og samtalerne kan foregå anonymt. De unge kan også henvises af studievejledere og lærere, som er en afgørende samarbejdspartner. Henvendelsesårsagerne handler bl.a. om udfordringer ift. ensomhed, overvægt, kønsidentitet, skoletræthed, rusmidler, nikotin, mm. Den unge tilbydes individuelle rådgivningssamtaler. Medarbejderne er ansat i Center For Sundhedsfremme. Lovgrundlaget er Sundhedslovens §119. Nogle gange årligt afholder medarbejderne oplæg og temadage for unge, lærere og forældre med fokus på de temaer, der fylder blandt de unge. Bl.a. *media literacy,* mental trivsel og seksuel sundhed.

Gravide

”Sund vægt i graviditeten”

Ærø Kommune

Ærø Kommune har en målrettet indsats til gravide med et BMI over 27 før graviditet. Formålet er at forebygge større vægtøgning. Den gravide henvises af jordemoder, egen læge eller sundhedsplejerske. Henvisningen omfatter kontaktoplysning, graviditetsuge, vægt og BMI før graviditet, vægtudvikling under graviditet, evt. relevante helbredsoplysninger (f.eks. forhøjet blodtryk, graviditetsdiabetes, etc.), samt om den gravide er tilknyttet forløb på Odense Universitetshospital.

Indsatsen indeholder samtale ved diætist – herunder anamnese, vurdering af madvaner, spisemønstre og vægtudvikling. Dertil tilbydes vejledning og målsætning for vægtøgning under hele graviditeten i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

UDKAST

Bilag: Pointer fra webinar: ”Livskvalitet og overvægt for foreninger og organisationer” den 26. april 2022

"Mit liv med overvægt" v. Maibritt Schmidt, Adipositasforeningen

Maibritt fortæller, hvordan ustabilitet og familiens opløsning præger ungdomsårene. Hun bliver glemt i familien. Problemer tabuiseres og hemmeligholdes. Oplever sig overset hos egen læge og i skolen trods tydelige advarselssignaler.

Sygemeldes på job grundet dårlige arbejds- og ledelsesforhold. Svært ved at finde ud af, hvad der er normalt og hvor der kan findes hjælp. Tager meget på under sygemelding. Lever i flere år i psykisk og fysisk utrygt parforhold. Får konstateret BED og indstilles til operation. Taber sig efter operation på privathospital. Er begyndt at arbejde igen. Problematisk oplevelse af datters første besøg hos sundhedsplejerske grundet fokus på vægt.

Pointer til aftalen:

- Der er behov for at blive set som helt menneske og ikke entydig fokus på vægt. Entydigt vægtfokus kan opleves som yderligere slag i hovedet. Behov for helhedsforståelse.
- De professionelle skal have fokus på at skabe en tillidsfuld relation. At man føler sig velkommen og er god nok. Især hvis man plejer at blive glemt og ikke har lært at tale om svære følelser.
- BED (ovespisning) er en overset problematik. Det bør have større fokus.
- Tilbud til børn må ikke være stigmatiserende ved primært at have fokus på vægt.

”Et nuanceret perspektiv på svær overvægt og sundhed” v. Carina Gunna Jørgensen, næstformand Adipositasforeningen, Carina Jørgensen

Carinas oplæg påpeger, at stigmatisering sker på meget kort tid. Foreningen oplever forældet viden om svær overvægt. Der mangler viden og uddannelse. Foreningen arbejder for behandlingstilbud i lokalt, der har fokus på møde og hjælpe det enkelte menneske hele vejen rundt.

Pointer til aftalen:

- Foreningen er forsigtig med at støtte op om svær overvægt som sygdom - dog kronisk tilstand.
- Svær overvægt skal anerkendes som et komplekst fænomen. Indsatser de senere årtier virker tilsyneladende ikke. Hjælpen skal primært være i det normale system.
- Behov for øget samarbejde mellem sundhedspleje, dagtilbud og skole om forebyggelse. Der mangler tilbud. Det psykologiske aspekt overses ofte - kost og bevægelse er ofte i fokus.
- Tal om bevægelse frem for træning - tal med dem det handler om. Vi er født til at være forskellige, men et forskruet ideal gør mange mennesker forkerte.
- Der mangler forældreuddannelse. Mange forældre har brug for langt mere støtte.

”Tværfagligt samarbejde og brobygning for børn på Julemærkehjem” v. Eva Marie S. Jessen, opfølgningskoordinator julemærkehjemmet Fjordmark

Eva Marie påpeger i sit oplæg, at formålet med et ophold er ikke vægttab. Det er livsstil og trivsel. At nogle ønsker det, er en del af det at trives. Børn med trivselsproblematikker - ondt i livet - er den primære målgruppe - vægt kan være en del af arbejdet med trivsel.

UDKAST

Med et 10-ugers ophold arbejdes der tæt sammen med kommune og forældre om, hvad der skal i fokus og hvad der skal ændres – særligt når den unge kommer hjem. Der arbejdes efter en helhedstænkning: Pædagogisk tilbud - samarbejder med alle sundhedstilbud og pædagogiske tilbud, der er relevante.

Der arbejdes med barnets opfattelse af sig selv. Anvender alle de almindelige anbefalinger om, hvad der skal til i forhold til kost og bevægelse. Fokus på fællesskab, måltider og sunde rammer og vaner i hverdagen. Opbygge netværk mellem forældre er vigtigt, at de har nogle at dele med, støtte til at klare udfordringer. Hjælp med at få struktur på hverdagen på de områder, der er behov for.

Pointer til aftalen:

- Børnene siger: Det bedste ved at være på julemærkehjem er at have fået venner og være en del af et fælleskab på lige fod med andre. Børn/unge opbygger robusthed og står mere på den værdi de har (tiltro til sig selv), så de har andre muligheder, når de kommer hjem.
- Der er udviklet er tættere samarbejde mellem os og kommunerne. Der er stadig for stor overgang til eget hjem og tilbud. Det duer ikke, at vi sender børn hjem til det samme. Der udarbejdes slutudtalelse fra lærere og pædagogger Familiens handleplan udarbejdes for efterforløb. Deltager på netværksmøder fx i skole- og familieregi for at støtte op med det, vi ved og kan bygge bro til de gode ting og historier om, hvad der virkede på julemærkehjem
- Nogle kommuner har familierådslagning, hvor hele familien og netværk inddrages.
- Der hvor samarbejdet ikke helt er struktureret kommunalt, er der mange andre muligheder for at julemærkehjemmet kan samarbejde med de lokale tilbud.

”Overvægtige gravide og fødendes oplevelser og behov i mødet med svangreomsorgen” v. Signe Nordsted, næstformand i Forældre og Fødsel

Signe fortæller, at hendes oplæg er baseres på egen oplevelser og input fra foreningens medlemmer. Mor til to piger og uddannet tekno-antroplog. Hendes ønske om hjemmefødsel med første barn blev mødt med skepsis. Oplevede manglende selvbestemmelse alene på grund af vægt. Havde ved første fødsel svært ved at have tillid til dem hun var kontakt med. Kom for sendt til læge med smerter.

Pointer til aftale:

- invitationer til konsultationer ved første fødsels blev ikke præsenteret som muligheder. Oplevede stigmatisering og skepsis.
- Oplevede et forandret sundhedsvæsen ved anden fødsel. Blandt andet pga. bedre forudsætninger for at forstå anbefalinger. Blev mødte af en anden tilgang, hvor der blev taget dialog med mig i forhold til anbefalinger. Vigtigt at blive set som menneske og ikke blot patient. Faglig viden skal præsenteres på en ordentlig og respektfuld måde.
- Anvend kun anbefalinger, hvor der er brug for dem på en konstruktiv måde. Undgå at være unødig formynderisk. Gå på opdagelse gennem den åbne samtale.
- Der er brug for et massivt tilbud til alle med BED.

UDKAST

Bilag: Casekatalog

Jakob pakker sig ind i sin vægt
– et eksempel på, når overvægt er et aspekt af et sammensat problemkompleks

Jakob er 14 år gammel og har boet hos sine plejeforældre Anna og Thomas de seneste 2½ år. Han går i en specialklasse og klarer sig generelt godt i skolen. Han deltager gerne i idrætsaktiviteterne i skoletiden, men orker ikke at gå til noget i sin fritid. Han har tidligere gået til badminton, men kan ikke længere finde gejsten. Han bruger sin fritid online sammen med et stort netværk af internationale gamer-venner. Jakob har også en kammerat, som af og til kommer med hjem til familien.

Familien har en fast aftale om, at computeren kun er tændt i et aftalt tidsrum og om at spise sammen til aften. Jakob burer sig gerne inde i sin hule, men nyder også at være sammen med sine plejeforældre.

Jakob har været udsat for omsorgssvigt og har i dag en problematisk relation til især sin mor. Han har knyttet sig stærkt til sine plejeforældre og er begyndt at tale om nogle af de ting, der ellers er svære for ham. Han ved godt, at han har en "stor mave" og at han spiser "forkert", men det er svært at lade være, når man har det skidt, fortæller han. Anna oplever, at han er behovsstyret og spiser lystbetonet, men hun har også lagt mærke til, at Jakob nogle gange bruger spisningen til at råbe om hjælp. Hvis Jakob er alene hjemme og selv skal sørge for at varme sin aftensmad og spise sine rugbrødsmadder til eftermiddag, så sker det ofte, at han i stedet har spist chips og slik og drukket sodavand. Hun oplever det som et udtryk for, at han indirekte bebrejder hende for at lade ham alene – at hun har "forladt" ham. Hvis hun havde været hos ham, ville hun jo have sørget for, at han spiste sundt? Det er altså Annas ansvar, om han spiser "rigtigt" eller "forkert" – at der bliver passet på ham. Hun oplever også jævnligt, at Jakob har spist mad i løbet af natten.

Anna peger på, at mange plejebørn har en form for forstyrret spisning, som efter hendes overbevisning er et råb om hjælp. Plejebørn bliver ofte stemplet i skolen – både af andre børn og deres forældre, men også af lærere. Hun mener, at det er til Jakobs fordel, at han går i en specialklasse, hvor alle har deres at kæmpe med. På dén måde stikker man ikke ud eller er anderledes end de andre. Anna har haft mange forskellige børn i pleje igennem sit liv og hun fortæller, at de ofte har dét til fælles, at de mangler tillid til andre mennesker. Derfor er det afgørende, at kommunen, sygehuset og egen læge ikke møder barnet eller den unge med et krav om fx vægttab eller slankekur, men i stedet med en oprigtig nysgerrighed på, hvad der er *årsag* til den unges spisemønster. Med det samme Jakob mærker modstand, pakker han sig ind i sig selv og nogle gange ser kommunen kun på børnenes *vægt*. Anna mener, at det er afgørende, at kommunen primært bakker op om Jakobs trivsel og har fokus på, hvad der er meningsfuldt for ham. Et vægttab kommer måske en dag og det vil helt sikkert være en følge af, at han begynder at trives. Anna ville ønske, at kommunen kunne tilbyde Jakob nogle psykologsamtaler og at sagsbehandleren ikke fjerner eksempelvis en mentorindsats, så snart et plejebarn begynder at få det lidt bedre. Der bør være nogle meget mere langvarige tilbud med fokus på trivsel og hverdag. Anna oplever ikke, at egen læge eller sygehuset spiller nogen aktiv rolle i Jakobs situation, men i forhold til andre børn eller unge anbefaler Anna, at der kun spørges ind til barnets/den unges krop, selvbillede eller vægt, hvis der i forvejen er en tillidsfuld relation imellem dem eller at det er naturligt at spørge. Ellers vil et sårbart ungt menneske opleve det som et overgreb. Allerhelst skal en samtale omkring vægt være én, der er startet af barnet/den unge selv og den bør altid handle om årsager – ikke om vægt.

UDKAST

Case: Oliver vil ikke have et livsstilstilbud
– et eksempel på, når overvægt optræder som et mere afgrænset fænomen

Oliver har altid været blød. Han er en følsom dreng, der kun er hård udenpå. Olivers lillebror har en anden slags krop – han er tynd og man kan se aftegninger af hans muskler. Oliver er tidligt opmærksom på denne forskel imellem de to. Da han er ca. 10 år, er han opmærksom på sin egen krop og suger maven ind og begynder at give udtryk for at ønske sig at være "tynd". Det er omkring samme tidspunkt, at forældrene beslutter at tage kontakt til Sundhedsplejen. Sundhedsplejersken har en tydeligt anerkendende tilgang til Oliver og gør noget ud af at møde ham i dét, der betyder noget for ham. Forældrene kommer og henter ham i klassen, idet samtalerne med sundhedsplejersken finder sted på skolen. Det er meget vigtigt for Oliver, at hans kammerater ikke kender til årsagen til de mange samtaler. Derfor måtte de gerne være foregået et andet sted.

Olivers forældre tænker meget over, hvordan de taler sammen og med deres børn om krop, vægt, mad og bevægelse. De går op i god mad og spiser varieret og meget grønt. Oliver er desuden ikke kræsen. De oplever ikke, at det er mængden eller typen af mad, der er Olivers udfordring. De opmuntrer Oliver til at være aktiv og er også aktive sammen alle sammen. De udvikler et "belønningssystem", så når Oliver har været aktiv 60 minutter på en dag, optjener han et kryds. Når han har 10 krydser, udløser det en tur i svømmehallen. I denne periode afprøver de samtlige af regionens svømmehaller, for Oliver er topmotiveret for at optjene krydser.

Da Oliver bliver 12 år, bliver han bekymret for, om nogen af hans kammerater skal opdage, at han er "tyk" og måske mobbe ham. Det gør hans forældre vildt kede af det, at han går med disse tanker. Derfor tager de kontakt til deres praktiserende læge. Forældrene har en forestilling om, at det er lægen, der skal "behandle" Oliver, men hun henviser ham med det samme til det kommunale sundhedscenter, som har et motionshold for børn og et tilhørende samtaleforløb til børnenes forældre. Lægen henvender sig udelukkende til Oliver og spørger ind til hans trivsel og hvad der gør ham glad. Familien oplever lægen som anerkendende og oprigtig.

Oliver afviser kategorisk at deltage på sundhedscentrets motionshold, for han vil ikke associeres med at være et barn, der har brug for hjælp med sin vægt. Til gengæld vil han gerne deltage i samtaleforløbet, som er hos en diætist. Diætisten har fokus på Olivers trivsel og da *vægt* betyder meget for Oliver, så indvilger hun i at veje ham, hvad ellers ikke er kutyme. Oliver er med til alle samtaler og forældrene oplever, at det har boostet ham. Han har tillid til hende og har åbnet sig for hende og fortæller om sin periodiske ensomhed. Diætisten fokuserer på Olivers fritid og hvad der giver ham energi. Hun har en normaliserende tilgang og har fx talt med Oliver om, at bevægelse ikke behøver være fodbold og fitness og at det først og fremmest skal være noget, der gør ham glad – gerne sammen med kammeraterne.

Forældrene genkender, at Olivers fokus på vægt og kropsform afhænger af, hvordan han trives socialt. Oliver følte sig ensom under covid-19 nedlukningen og dér fyldte vægten også mere i hans liv. Nu har Oliver for nyligt skiftet skole og har masser af venner og selvværd. Hans trivsel er i top.

Samtidig fortæller Olivers mor, at hun ville ønske, at der fandtes et "quick fix" til Oliver – måske den "perfekte" kostplan, som én gang for alle ville give Oliver den kropsform, han ønsker sig? Hun ville ønske, der fandtes en entydig forklaring på hans overvægt og har sågar til tider overvejet, om han måske spiser i smug? Mor spekulerer over, hvordan familien i fremtiden skal tale om krop og vægt uden at ødelægge hans selvværd og uden et "overfokus".

Hvis forældrene kunne vælge, så skulle sundhedssystemet ikke bruge BMI og vægt. De oplever, at det forstyrrer selvværdet. For Olivers familie er sundhed lig med at være glad og have det godt – at have gode venner og selv synes, at man er ok. Det er okay at have en rund krop og det er okay at spise mad, der gør glad. Sundhed er også bevægelse – ikke nødvendigvis fitnesscenter eller målrettet træning. Det kan lige så godt være gåture, cykelture og svømmehal.

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Oversigt over høringssvar til tværsektoriel samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt. Januar 2023.

Høringspart	Målgruppe	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
GENERELT / IKKE MÅLGRUPPESPECIFIKT					
Sydvestjysk Sygehus	Generelt	Redaktionelt	Rækkefølge		*Arbejdsgruppen bedes tage stilling til, om aftalens afsnit står i den rette rækkefølge* Rækkefølgen fastholdes
NCFO	Generelt	Inklusionskriterier	Samarbejdsaftalen kunne med fordel tage nogle af de mentale elementer med for at understrege den helhedsorienteret tilgang, fx stress eller lav livskvalitet, dårligt selvværd.	s. 10	*Arbejdsgruppen bedes drøfte, om dette skal inddrages i samarbejdsaftalen? (Risikerer at gøre samarbejdsaftalen for bred?)* Ændret til: mistrivsel i forhold til **f.eks.** mad, krop og bevægelse
Nordfyns Kommune	Generelt	Præcisering - Tovholderfunktion	Vi ser, at tovholder funktion som en selvstændig funktion og ansvarsområde der bør varetages af få eller enkelt person/er (der får den nødvendige mængde tid til opgaven) og ikke bredes ud på en hel gruppe i sundhedsplejen eller anden faggruppe		*Ønskes udfoldet/præciseret v. Arbejdsgruppen* Præciseres: - Ikke forbeholdt én faggruppe. - Stafetten kan gives videre / skifte. - Op til den enkelte kommune at organisere sig, som man har lyst. Det kan være én, det kan være flere.

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark	Generelt	Præcisering af tovholderrolle	Tovholderfunktionen, som samarbejdsaftalen henviser til, kan med fordel uddybes. Er der krav til tovholderen (administrativ eller sundhedsfaglig) og hvilke arenaer kan tovholderen påvirke. Endvidere om det f.eks. kan være en jordemoder, når det omhandler den gravide	P. 3, 16, 18, 19, 20	*Ønskes udfoldet/præciseret v. Arbejdsgruppen* Præciseres og flyttes til: Afsnit vedr. tovholder under "generelle anbefalinger".
Arb. grp for gravide og voksne med overvægt under SLB	Generelt	Kommunikation	Tværsektoriel kommunikation: Når tilbuddet har været kommunalt, anbefales det, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af et tilbud om livsstilsintervention. Er det så antagelsen, at det er et kommunalt ansvar?	s. 13	*Afklares lokalt? Bør dette evt. Stå tydeligere generelt i aftalen?* *Det er for flere kommuner almindelig praksis at sende status til almen praksis – det kan aftales lokalt med praksiskonsulenten* Tilføj, at den, der har den sundhedsfaglige kontakt, har ansvaret for at få videreformidlet den fornødne viden. Både internt og på tværs af sektorer.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark	Generelt	Konkrete anvisninger ift. tværsektorielt samarbejde	For at samarbejdsaftalen kan anvendes som et redskab til at tilrettelægge et struktureret samarbejde med aktørerne, mangler der nogle flere konkrete anvisninger, som kan imødekommes uanset organisering i kommunen eller regionen. Der kunne med fordel udarbejdes et flowchart over samarbejdsstrukturer til fagpersoner.	P. 3	*Er det realistisk når der er så mange aktører og når kommunerne er uens organiseret?* Ikke muligt med generisk flowchart.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark	Generelt	Økonomi/ressourcer	Der bør være et afsnit omkring økonomi og ressourcetræk til de nye opgaver, som samarbejdsaftalen ligger op til. Det er vigtigt, at der tilføres midler til nye opgaver. Er der tale om overdragelse eller nye opgaver, henvises igen til anvendelse af model for planlagt og aftale opgaveoverdragelse.		Tilføj afsnit sidst i aftalen før "implementering"
NCFO	Generelt	Ressourcer	NCFOs håb er, at området tilføres ressourcer, med henblik på at samarbejdsaftalens gode intentioner kan realiseres. F.eks. har sundhedsplejerskerne og kommunerne allerede en stor koordineringsrolle, som ifølge samarbejdsaftalen intensiveres. Det er dermed afgørende, at samarbejdsaftalen bakkes op af tilstrækkelig økonomi for at kunne gennemføre de skitserede anbefalinger og ønsker til øget tværsektorielt samarbejde med en styrket kommunal koordineringsrolle.		*Bør det fremgå tydeligere, at der ikke følger økonomiske ressourcer med denne aftale?* Ja. Tilføjes.
Nationalt Center for Overvægt (NCFO)	Generelt	Ændring af titel	Ordet "forældre" kan med fordel indgå i overskriften på samarbejdsaftalen, da tilbud og indsatser målrettet børn og unge sigter mod en høj grad af forældreinvolvering, og fordi tilbuddene til gravide med overvægt har fokus på overgangen fra gravid med overvægt til forældre med overvægt	1	*Samarbejdsaftalens titel er angivet af kommissoriet*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
NCFO	Generelt	Ændring af titel	Både overvægt og svær overvægt bør indgå i titlen	1	*Samarbejdsaftalens titel er angivet af kommissoriet*
NCFO	Generelt	Inklusionskriterier	Er der udviklet spørgeskemaer eller en guide, der kan hjælpe dem på vej, som, samarbejdsaftalen ønsker, bidrager til opsporing af målgruppen (pædagoger, lærere, praktiserende læger, sundhedslejersker, foreninger, tandplejer m.fl.) ift. at afdække eventuel mistrivsel? Ellers kunne dette med fordel udvikles centralt, så det håndteres ens på tværs af regionen	s. 10	*Det kan vi ikke. Det er på vej i regi af SundBy – dog kun et taleværktøj til den svære samtale med en person med overvægt.*
NCFO	Generelt	Forskning	Et opmærksomhedspunkt i denne sammenhæng (evaluering og monitorering) er, udover hvordan samarbejdsaftalen monitoreres, også hvordan især kommunerne kan måle på deres sundhedstilbud, med hvilke måleredskaber, og hvordan de behandler og handler på indsamlet data	s. 29	
Nordfyns Kommune	Generelt	Dokumentation	Journalføring og kommunikation er ligeledes et opmærksomhedsområde vi ser for os som en stor faktor. Journalisering foregår i forskellige systemer i de forskellige sektorer. Dette ser vi som en stor udfordring i forhold til, at få delt viden og info omkring borgeren og forløb. Hvis der for eksempel laves et selvstændigt og fælles system der kan tilgås af involverede parter i borgerens forløb, vil det kræve, at det kan interagere med nuværende systemer. Dobbeltjournalisering vil være ressourcekrævende og sårbart i forhold til at få delt alle relevante info. Vi ser at tæt kommunikation på de samme platforme er med til at sikre det bedste og mest meningsfulde forløb, men som også er en meget krævende opgave.		*Ikke samarbejdsaftalens opgave.*
Arb. grp for gravide og voksne med overvægt under SLB		Præcisering - lovgrundlag	Det er vanskeligt at se, hvem der har ansvar for hvad. Det bliver pointeret, at der er mange forskellige interessenter og love, men ikke videre adresseret, hvem der har ansvaret i givne situationer. En præcisering af dette vil kunne afhjælpe udarbejdelsen af de lokale retningslinjer, hvor der kan henvises til samarbejdsaftalen i forhold ansvarsfordeling.	s. 8	*Ikke samarbejdsaftalens opgave.*
NCFO	Generelt	Præcisering	Konsekvensretning af overvægt og svær overvægt. Det bruges i flæng.		*Sekretariatet tilretter*
NCFO	Generelt	Præcisering	Vigtigt at være opmærksom på, hvornår, i hvilken grad og om børn skal involveres i samtaler om deres vægt. Med en fælles stillingtagen, anbefaling og ramme kan diverse aktører bedre føre en ensartet linje, som børn, unge (og deres forældre) samt gravide med overvægt kan føle sig trygge i. Samtaler om vægt kan potentielt stigmatisere, og det skal alle samarbejdsaftalens aktører være bevidste om med henblik på at håndtere samtaler nænsomt og undgå skyld og skam, stigmatisering og en følelse af at være forkert/anderledes.	s. 4	*Sekretariatet tilretter*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
NCFO	Generelt	Muligt tiltag	Man kan med fordel i de mulige implementeringsgrupper under sundhedsklyngerne samarbejde om kortlægning og udvikling af kommunikative løsninger/værktøjer/teknologi og arbejdsgange. Man kunne måske bruge et eller flere fælles systemer, som alle aktører kunne have adgang til og ligeledes bruge understøttende teknologi til den borgerrettede kommunikation a la den Digitale forløbsguide, som især Region Midtjylland anvender. Det ville, ud over ensartede arbejdsgange, sammenhæng og overblik for de sundhedsprofessionelle, også give borgeren en oplevelse af overblik og inddragelse i egen proces. Man kunne i den sammenhæng undersøge kommende aktiviteter i Danmarks nye Erhvervsfyrtårn Life Science, da de også skal arbejde med nye, teknologiske sundhedsløsninger. Deres fokus er i første omgang på svær overvægt, hvilket derfor harmonerer godt med samarbejdsaftalen	s. 3	*Sekretariatet tilretter (anbefaling eller implementeringsforlag)*
NCFO	Generelt	Muligt tiltag	Det kunne være en opgave for de eventuelle implementeringsgrupper i sundhedsklyngerne at skabe overblik over den digitale infrastruktur samt at undersøge, hvad der skal til for at effektivisere og formalisere arbejdet med at styrke det tværsektorielle samarbejde gennem digital infrastruktur med henblik på at sikre en ensartet, sammenhængende og koordineret håndtering, der ikke er personafhængig og personbåret.	Fx s. 15	*Sekretariatet tilretter (anbefaling eller implementeringsforlag)*
NCFO	Generelt	Implementering	Samarbejdsaftalen vil med fordel kunne indeholde anbefalinger til, hvilke arbejdsgrupper der kan nedsættes på tværs af regionen, efter at aftalen træder i kræft. At nedsætte en implementeringsgruppe i hver sundhedsklynge, som samarbejdsaftalen lægger op til, er et godt udgangspunkt.	s. 29 /impl.	*Sekretariatet tilretter og uddyber:* Tilføj, at der kan nedsættes en følgegruppe på tværs af regionen, der følger overvægtsområdet.
NCFO	Generelt	Efteruddannelse – muligt tiltag	'Overvægt' er et forskningsområde under konstant forandring, hvorfor ny viden løbende udvikles. Derfor kunne samarbejdsaftalen med fordel italesætte behovet for efteruddannelse af de sundhedsprofessionelle, der arbejder med borgere med overvægt og svær overvægt (samt øvrige aktører fremhævet i samarbejdsaftalen). Dette med henblik på at italesætte behovet for vidensopdatering og efteruddannelse i samarbejdsaftalen omkring emner såsom årsager til overvægt, konsekvenser, behandling, stigmatisering, BED osv., så alle arbejder ud fra nogenlunde samme vidensniveau på området.		*Sekretariatet tilretter* Tilføjes som anbefaling.
NCFO	Generelt	Præcisering - BU	Målgruppe hedder 0-18 årige. Næste overskrift relaterer sig til 0-24-årige. Kan denne forskel uddybes i teksten? Næste underafsnit berører de 0-5 årige, men teksten nævner kun børn i 6-10 måneders alderen. Kan det gøres mere tydeligt, hvis det drejer sig om, at der ikke er viden på området fra 10 måneder til 5 år?	S. 10	*Sekretariatet tilretter* .

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
BØRN OG UNGE					
HC Andersen Børne- og ungehospital, OUH	0-24år	Præcisering af term	Der mangler en præcisering af, hvad beskrivelsen/begrebet "kompliceret overvægt" dækker.		*Er der behov for en begrebsafklaring?* Henvises med tal / kildehenvisning.
Nordfyns Kommune	Børn og Unge	Ressourcer – SP som tovholder	Svært at imødekomme SP som tovholderfunktion, da det vil kræve (for) store tids- og personalemæssige ressourcer for en enkelt faggruppe, og det er et stort ansvarsområde for en enkelt faggruppe opgaven kræver en ansat, der udelukkende varetager funktionen, da det som beskrevet ovenfor er en meget stor og kompleks opgave der indebære tid og ressourcer til at oparbejde et godt fagligt netværk og mulighed for at udbygge og vedligeholde for at sikre koordinering/tovholder ansvar.		*Arbejdsgruppen bedes drøfte* Tovholderrollen præciseres.
NCFO	Børn og unge	Præcisering af anbefalinger	*At sundhedsplejen inddrages i overgang fra dagtilbud til skole hos børn med overvægt.* Her er det vigtigt at have for øje, hvordan sundhedsplejersken konkret kan blive en del af overgangene, og hvem der skal handle, hvis man oplever mistrivsel i forhold til mad, krop og bevægelse. Er det f.eks. pædagogerne? Hvad skal de handle på? Hvordan skal de handle? Hvor skal de henvende sig? osv.	5	*Arbejdsgruppen bedes drøfte.* Udpensles ikke yderligere.
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark	16-24 år	Opsporing – hvem, hvad, hvordan?	Målgruppen med de 16 til 24-årige er bred og kan være svær at favne og sikre lige opsporende tiltag hos. Sundhedspleje/kommunale tilbud på ungdomsuddannelser, vil være en ny opgave for kommunerne. Det bør specificeres, hvad de opsporende tiltag kan være, hvordan de iværksættes og erfaringer med effekt på denne målgruppe. Er der tale om en ny opgave, skal der udarbejdes en funktionsbeskrivelse gennem model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse ved nye opgaver (Modellen blev godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 27. maj 2021). 20. januar 2023 o Der kunne med fordel tilføjes et afsnit til samarbejdsaftalen om, hvordan borgere i ovenstående aldersgruppe kan vejledes til selv at henvende sig og bede om et vægttabstilbud.	P. 20ff	Præciser, at der ikke er tale om ny opgave, men i højere grad menes, at samarbejdet skal styrkes + kom med eksempler.
NCFO	BU	Præcisering af anbefalinger	*At kommunerne udbygger samarbejdet med bl.a. ungdomsuddannelser vedr. unge med overvægt.* Samarbejdsaftalen kunne med fordel være mere konkret omkring, hvordan samarbejdet mellem kommuner, ungdomsuddannelser, efterskoler m.m. kan formaliseres med henblik på at sikre, at det sker, og at alle bliver mere bevidste om deres rolle, ansvar og handlemuligheder	5	*Fremgår af case*
Sydvestjysk Sygehus	0-24 år	Tidslinje og tovholderfunktion	Savner tidslinje af forløbet. Hvad sker der fra et barn henvises fra egen læge til afdeling?	Fx s.16-17.	*Ikke realistisk*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
			Savner uddybende beskrivelse af tovholderfunktion. Hvem gør hvad og hvornår i forløbet? Tidslinje kan bruges. Fx hvad har virket, hvad har ikke virket og hvorfor? Fokus på ressourcer og behov, herunder hjælp til forældrenes livsstilsproblemer.		
Sydvestjysk Sygehus	0-24 år	Værktøjer	Savner mere konkrete værktøjer. Det forbliver meget i overskrifter.	Ikke angivet	*Ikke realistisk*
Sydvestjysk Sygehus	0-24 år	Redaktionelt	Redaktionelle forslag er ændret om fx tilføjelser af tekst og forklaringer på ord, eksempler (pkt. 1-29 i høringssvar)		*Arbejdsgruppen tager stilling til, om aftalens afsnit har den rette rækkefølge* Rækkefølges beholdes.
Langeland Kommune	0-18 år	Børn som pårørende af forældre med psykiske lidelser	Mangler særligt fokus på nogle af de sammenhænge hvor børn med overvægt er pårørende til forældre med psykiske lidelser. Disse børn bliver "usynlige" for systemet. En stor andel børn og unge (35-40%) der følges i overvægtsklinikken har forældre med psykiske lidelser. Kunne tænkes os mere konkrete, tværgående samarbejde om opsporing og indsats mellem sundhedspleje, jobcentre og sygehuse/distriktspsykiatri.		*Sekretariatet tilretter og tilføjer henvisning til Psyk Info*
	0-24år	Patologisk spisemønster	Borgere som har et svært overspisningsmønster og hvor det er følelsesmæssige udfordringer der er årsagen, kræver et specialiseret tilbud på sygehusets specialeniveau. Et systematisk samarbejde med psykiatrien og tilbud til denne særligt sårbare gruppe efterlyses.	P. 28	*Sekretariatet tilføjer anbefaling på side 28 øverst*
Sydvestjysk Sygehus	Gravide & 0-5 år	Udredning og behandling af svær og komplicerede forløb	Støtter op om at kommunale tilbud er førstevalg til børn og unge. Bør fremgå tydeligere af aftalen, at sygehusene kan varetage de komplicerede forløb (udredning og behandling af svær og kompliceret overvægt samt eventuelle følgetilstande), som beskrevet i figur 2 på s. 16. Samarbejdsaftale mellem Esbjerg kommune og Familieambulatorium Plus er vedlagt til inspiration.	Figur 2 s.16.	*Sekretariatet tilretter* *Sekretariatet tilføjer omtalte samarbejdsaftale som bilag til inspiration*
Sydvestjysk Sygehus	0-18 år	Udbredelse af lokalt forløb på SVS til regionen.	SVS har et velfungerende tilbud til børn og unge med kompliceret og svær overvægt. Forløb på SVS er ikke med i aftalen. Anbefaler, at sygehusets opgaver bredes ud til også at kunne omfatte et konkret udrednings- og behandlingstilbud. *Det skal Ikke fremgå af aftale, at sygehuset kun skal se patienter, hvor der er mistanke om følgesygdomme eller fysiologiske årsager til overvægt, men også patienter med komplicerede eller svær overvægt. Vi anbefaler at der bruges en anden formulering end "Sygehuset bør have en konsulterende funktion". Det bør fremgå at sygehuset også kan have en udredende og behandlende rolle.*	Fx s. 15, s. 18 og 21	*Sekretariatet beder SVS beskrive case til bilag.* Sekretariatet præciserer sygehusets ansvar.

Høringspart	Målgruppe	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
			På SVS har vi et tværfagligt specialiseret team der udreder og behandler overvægt blandt børn og unge. Teamet består af psykolog, diætist, sygeplejersker, sygehuslæger, socialrådgiver, skolelærer og fysioterapeut. De forskellige sundhedskompetencer bringes i spil efter behov, hvilket vi oplever er en nødvendighed i de komplicerede patientforløb.		
Svendborg Kommune	0-6-årige	Dagtilbud opfordrer forældre til at henvende sig	Dagtilbud kan opfordre forældre til at henvende sig til sundhedsplejen/egen læge.	s.14	*Sekretariatet har tilrettet*
NCFO	BU	Præcisering af anbefalinger	*At skoler og dagtilbud sætter fokus på spisekultur, mad, krop og bevægelse.* Der kunne med fordel udvikles undervisningsmateriale, der bygger på evidens. Det vil spare ressourcer, fordi materialet kun skal udvikles en gang – og ikke mindst for at opnå en ensartet tilgang på tværs af regionen.	5	*Sekretariatet tilretter og henviser til forebyggelsespakkerne*
NCFO	BU	Præcisering af anbefalinger	*At alle kommuner har sundhedsfremmende tilbud til alle børn og unge med overvægt.* I Region Syddanmark har alle kommuner ifølge NCFOs opgørelse over sundhedstilbud til børn og unge med overvægt. Dog er ikke alle aldersgrupper dækket ind af nuværende tilbud, men de fleste involverer forældrene. NCFO mener, det vil være fordelagtigt at evaluere nuværende indsatser (både dem rettet mod børn, unge og forældre og det ene rettet mod forældrene) med henblik på at finde de(n) mest effektfulde tilgange	5	*Sekretariatet uddyber, at kommuner/afdelinger selv bestemmer, hvordan de vil evaluere og henviser til anbefalingerne fra "Livsstilsinterventioner til svær overvægt" (2021)*
GRAVIDE					
Svendborg Kommune	Gravide	Tovholder gravide	Svendborg Kommune undrer sig over, at der peges på sundhedsplejen som naturlig tovholder. Jordemoderen opleves tættes på den gravide.	s.27	Tovholderrollen præciseres.
NCFO	Gravide	Forskning	Da kun én kommune ud af 22 har et tilbud til gravide, er det en god anledning til at undersøge, hvordan et sundhedstilbud til gravide (før, under og efter graviditet) kunne sammensættes ud fra evidens Kunne samarbejdsaftalen lægge op til, at der iværksættes forsknings- og udviklingsprojekter, hvor forskellige tilgange afprøves med henblik på at udvikle en model, der har bedst effekt på sundheden – fysisk som psykisk?		*Arbejdsgruppe bedes drøfte om det er samarbejdsaftalens opgave.* *Ifølge kortlægningen på NCFOs hjemmeside, er det kun Ærø Kommune, der har et livsstilstilbud, der er målrettet gravide, men i "Livsstilsinterventioner til svær overvægt" refereres der til flere indsatser. I flere kommuner mødes gravide af det samme livsstilstilbud som andre voksne.*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
					Udpensles ikke yderligere.
Svendborg Kommune	Gravide	Fælles konsultation	Generelt ville det være ønskeligt, at gravide med overvægt tilbydes fælles konsultation jordemoder og sundhedsplejerske	S. 24.	*Arbejdsgruppen bedes drøfte, om dette skal berøres i samarbejdsaftalen* Henvis til fødeplanen.
PLO	Gravide	Ny praksis	*Vedr. følgende afsnit på side 24: "Ved Forhøjet BMI eller oplevet mistrivsel i relation til mad, krop og vægt tilbydes den gravide og partner henvisning til visitationssamtale i kommunen. Dette noteres i svangre papirerne eller kommunikeres via korrespondancemeddelelse til jordemoderen for at optimere det sammenhængende patientforløb og muligheden for videre opfølgning".* Det er på nuværende tidspunkt ikke standard praksis, at almen praksis både noterer oplevelser med mistrivsel i svangrepapirene og henviser til visitationssamtaler i kommunen. Dette vil betyde øgede arbejdsopgaver i almen praksis, som ellers håndteres ved at henvise til indholdet af svangrepapirene.	s. 24	*Arbejdsgruppen bedes drøfte hvordan dette inkorporeres i samarbejdsaftalen* Beholdes i aftalen. Arbejdsgruppens faglige anbefaling.
NCFO	Gravide	Præcisering af anbefalinger	Her kan man også med fordel hjælpe aktørerne i samarbejdsaftalen mere på vej med konkrete tiltag, materiale, rammer osv. - med henblik på at ensrette rammerne for de sundhedsfremmende tilbud, så der ikke opstår ulighed i adgangen til sundhedstilbud og viden på tværs af kommunerne, regionen, almen praksis og andre aktører. F.eks. beskriver samarbejdsaftalen, hvordan henvisninger mellem sektorer tilpasses lokalt. Kunne man lave en model, kommunikationstilgang og generelt digital infrastruktur, der gælder for alle relevante aktører (som beskrevet ovenfor), så det bliver ensrettet på tværs?	6	*Berøres kort i afsnittet "implementering"*
Fælleskommunalt Sundheds-sekretariat Syddanmark	Gravide	Implementering og videreudvikling af samarbejde	Kommunerne er enige i, at et tværgående samarbejde på området er nødvendigt. De fleste kommuner følger allerede anbefalinger i samarbejdsaftalen og har et tæt samarbejde med de fødeafdelinger som er tilknyttet kommunen. Herunder også almen praksis. De allerede eksisterende og velfungerende samarbejder bør indtænkes i samarbejdsaftalen og den efterfølgende videreudvikling.		*Sekretariatet har tilrettet*
Fælleskommunalt Sundheds-sekretariat Syddanmark	Gravide	Inddrag Fødeplanen som kilde til inspiration ift. forløbsbeskrivelse	Det bemærkes, at gravide i Syddanmark også følger et samarbejde mellem aktørerne i Fødeplanen, som involverer region, kommuner og almen praksis. Der kan med fordel henvises til Fødeplanen, for en forløbsbeskrivelse. Endvidere sikre, at den gravide ikke stigmatiseres i sit forløb, som udløser flere tilbud end de ikke overvægtige.		*Sekretariatet tilføjer Fødeplanen som en reference*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Høringspart	Målgruppe r	Tema	Høringsbemærkning	Kapitel/ afsnit/ side	Anbefaling / ændringsforslag/ bemærkning
Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark	Gravide, ammende		Kommunerne kan også byde ind med ammevejledning efter barnet er kommet til verden. Flere kommuner har f.eks. uddannede sundhedsplejersker i IBCLC-metoden og sundhedsplejersker arbejder altid målrettet for at sikre succesfuld ammeetablering.		*Sekretariatet har tilrettet*
Familieambulatoriet, OUH	Gravide	Indhold i henvisning	I overleveringer/henvisninger mellem sektorer kunne det ønskes at, der fremgik informationer om a) både den gravides/familiens ressourcer samt eventuelle bekymringer, og b) den gravides/familiens ønsker for fokus i det videre forløb (respekt for den enkeltes autonomi), så henvisninger ikke primært har fokus på risici og mistrivsel, og tager udgangspunkt i den gravides/familiens behov.		*Sekretariatet tilretter:* Side 5: afsnit om henvisninger flyttes til "generelle" og gravide tilføjes
Familieambulatoriet, OUH	Gravide	Indhold i den kommunale indsats til gravide før, under og efter graviditet + tværsektoriel kommunikation	Det vil hilses velkomment, hvis de familier der ønsker det kan hjælpes både forebyggende, rådgivende og tilbydes støtte til vedligeholdelse af gode initiativer fx. et vægttab. Vi glæder os over i fremtiden at kunne henvise gravide til visitationssamtaler i kommunen mhp. livsttil og trivsel både før, under og efter gravidteten. Det bliver spændende at høre, om de enkelte kommuners tilbud til familierne. ~~Det er betydningsfuldt for henviser at kende til indholdet i de enkelte kommuners tilbud til målgruppen, dels for at kunne informere borgeren tilstrækkeligt, og dels for samarbejdet om målgruppen~~. Derudover er det skønt, når informationer kommer tilbage til henviser om, hvilket forløb/tilbud den enkelte borger deltager i.		*Sekretariatet tilretter: Det er en lokal opgave for kommunerne at formidle deres tilbud (se fx sundhed.dk → tilbud i kommunerne)*

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Oversigt over positive bemærkninger i forbindelse med høringssvar til tværsektoriel samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt. Januar 2023.

Høringspart	Positive bemærkninger
Fælleskommunalt Sundheds-sekretariat Syddanmark	Kommunerne bakker op om samarbejdsaftalens formål og intentioner, som er yderst relevante og nødvendige. Den tidlige, opsporende indsats er vigtig for en succesfuld indsats mod overvægt, hvorfor samarbejdsaftalens målgrupper er yderst relevante.
Nationalt Center for Overvægt (NCFO)	NCFO har følgende positive bemærkninger: Det er positivt at...: • Samarbejdsaftalen har fokus på overvægtskomplekse årsager herunder samfundsmæssige, genetiske, psykosociale og miljø- og adfærdsmæssige faktorer (fysisk og mental trivsel, stigmatisering, måltids- og spisekultur, den enkeltes forhold til mad, krop og bevægelse m.m.). • Samarbejdsaftalen har fokus på potentielle konsekvenser ved overvægt - fysiske, psykiske og sociale. • Samarbejdsaftalen lægger vægt på målgruppernes behov, ressourcer, relationer og ønsker. • Samarbejdsaftalen anbefaler en åben, inddragende og nysgerrig tilgang til målgrupperne. • Hensigtsmæssig vægtudvikling og - vedligeholdelse er i fokus frem for vægttab. • Samarbejdsaftalen ligestiller og anerkender de sociale, psykologiske og kulturelle aspekter af sundhed og trivsel, som overvægt kan være forbundet med. • Samarbejdsaftalen også sætter fokus på Binge Eating Disorder (BED). • Arbejdsgruppen har lagt et stort arbejde i at gennemgå Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt andre relevante kilder.
Familieambulatoriet, OUH	Et fint arbejde, der indeholder mange gode takter for samarbejde på tværs af faggrupper. Vi glæder os over i fremtiden at kunne henvise gravide til visitationssamtaler i kommunen mhp. livsttil og trivsel både før, under og efter gravidteten.
HC Andersen Børne- og ungehospital, OUH	En dækkende samarbejdsaftale med særlig god fokus på, og beskrivelse af, den koordinerede, sammenhængende, helhedsorienterede, langvarige, tværfaglige, individuelle - og for børn og unge, den familieorienterede indsats, som vi ved har virkning i forhold til behandling af svær overvægt hos børn og unge. Det er også godt, at der er fokus på at undgå den stigmatisering og oplevelse af skyld og skam, der ofte er

	forbundet med svær overvægt og det vigtige i den tillidsskabende respektfulde relations dannelse til barn og familie, der er et præmis for at kunne hjælpe som professionel. Sygehusets rolle er fint beskrevet. Overvægtsnetværket i Sønderjylland beskriver en god "Shared Care" organisation
Arb. grp for gravide og voksne med overvægt under SLB	God og ordentlig samarbejdsaftale, som kommer rundt om mange ting, og som favner bredt. Gode og udførlige instrukser
Varde Kommune	Overordnet lyder det positivt med den megen fokus på at der skal være en tovholder som har det koordinerende ansvar, både ifht at involvere og opdatere samarbejdspartnere, samt inddragelse af netværk og ikke mindst at borgere inddrages i egen proces.
Langeland Kommune	Langeland Kommunes sundhedspleje ser positivt på en samarbejdsaftale og et tværgående fokus på børn, unge og gravide med overvægt.
PLO	Indledningsvist vil PLO-Syddanmark rose en grundig samarbejdsaftale med relevante parter og god sammenhæng mellem sektorer. PLO-Syddanmark er tilfredse med, at Region Syddanmark ønsker at understøtte dette tværfaglige og tværsektorielle samarbejde med en skriftlig aftale, så almen praksis, har mulighed for at understøtte familier med den nødvendige støtte.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Syddanmark

Til Følgegruppen for forebyggelse

20. januar 2023

Fælleskommunalt høringssvar til tværsektoriel samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt

De syddanske kommuner takker for det fremsendte høringsudkast til ny tværsektoriel samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt og for muligheden for at afgive høringssvar. Kommunerne bakker op om samarbejdsaftalens formål og intentioner, som er yderst relevante og nødvendige. Den tidlige, opsporende indsats er vigtig for en succesfuld indsats mod overvægt, hvorfor samarbejdsaftalens målgrupper er yderst relevante.

Kommunerne ser frem til at samarbejde omkring målgruppen af børn, unge og gravide med overvægt og de muligheder det giver for det tværsektorielle samarbejde. De Syddanske kommuner hilser samarbejdsaftalens formål velkommen og har desuden følgende bemærkninger:

- Kommunerne er enige i, at et tværgående samarbejde på området er nødvendigt. De fleste kommuner følger allerede anbefalinger i samarbejdsaftalen og har et tæt samarbejde med de fødeafdelinger som er tilknyttet kommunen. Herunder også almen praksis. De allerede eksisterende og velfungerende samarbejder bør indtænkes i samarbejdsaftalen og den efterfølgende videreudvikling.
- For at samarbejdsaftalen kan anvendes som et redskab til at tilrettelægge et struktureret samarbejde med aktørerne, mangler der nogle flere konkrete anvisninger, som kan imødekommes uanset organisering i kommunen eller regionen. Der kunne med fordel udarbejdes et flowchart over samarbejdsstrukturer til fagpersoner.
- Kommunerne kan også byde ind med ammevejledning efter barnet er kommet til verden. Flere kommuner har f.eks. uddannede sundhedsplejersker i IBCLC-metoden og sundhedsplejersker arbejder altid målrettet for at sikre succesfuld ammeetablering.
- Tovholderfunktionen, som samarbejdsaftalen henviser til, kan med fordel uddybes. Er der krav til tovholderen (administrativ eller sundhedsfaglig) og hvilke arenaer kan tovholderen påvirke. Endvidere om det f.eks. kan være en jordemoder, når det omhandler den gravide.
- Målgruppen med de 16 til 24-årige er bred og kan være svær at favne og sikre lige opsporende tiltag hos. Sundhedspleje/kommunale tilbud på ungdomsuddannelser, vil være en ny opgave for kommunerne. Det bør specificeres, hvad de opsporende tiltag kan være, hvordan de iværksættes og erfaringer med effekt på denne målgruppe. Er der tale om en ny opgave, skal der udarbejdes en funktionsbeskrivelse gennem model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse ved nye opgaver (Modellen blev godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 27. maj 2021).

    - Der kunne med fordel tilføjes et afsnit til samarbejdsaftalen om, hvordan borgere i ovenstående aldersgruppe kan vejledes til selv at henvende sig og bede om et vægttabstilbud.
- Borgere som har et svært overspisningsmønster og hvor det er følelsesmæssige udfordringer der er årsagen, kræver et specialiseret tilbud på sygehusets specialeniveau. Et systematisk samarbejde med psykiatrien og tilbud til denne særligt sårbare gruppe efterlyses.
- Kommunerne bemærker, at der i inspirationskataloget er anført en specifik kontaktperson. Dette kan være sårbart ved jobskifte mm. ift. at sikre at dokumentet er ajourført og dermed kan henlede til de ønskede oplysninger.
- Det bemærkes, at gravide i Syddanmark også følger et samarbejde mellem aktørerne i Fødeplanen, som involverer region, kommuner og almen praksis. Der kan med fordel henvises til Fødeplanen, for en forløbsbeskrivelse. Endvidere sikre, at den gravide ikke stigmatiseres i sit forløb, som udløser flere tilbud end de ikke overvægtige.
- Der bør være et afsnit omkring økonomi og ressourcetræk til de nye opgaver, som samarbejdsaftalen ligger op til. Det er vigtigt, at der tilføres midler til nye opgaver. Er der tale om overdragelse eller nye opgaver, henvises igen til anvendelse af model for planlagt og aftale opgaveoverdragelse.

På vegne af de 22 syddanske kommuner.

Middelfart KOMMUNE

Samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt

REGION SYDDANMARK OG DE 22 SYDDANSKE KOMMUNER 2022

Baggrund

I Sundhedsaftalen 2019-2023 mellem Region Syddanmark, de syddanske kommuner og almen praksis, er der indskrevet følgende målsætning:

”*Reducere andelen af børn og unge med moderat og svær overvægt*”.

Motivation

Sundhedsprofilen for 2021 viser, at 55,4% af borgere over 16 år i Region Syddanmark har moderat til svær overvægt, hvilket er stort set samme andel som ved Sundhedsprofilen fra 2017 (54,8%).

Landsgennemsnittet er 52,6% (6). Andelen af børn og unge samt gravide med moderat og svær overvægt er større i Region Syddanmark end resten af Danmark

- Overvægt kan have vidtrækkende fysiske, psykiske og sociale konsekvenser - uanset alder
- Der er betydelig social ulighed i forekomsten af overvægt.
- Overvægtsområdet er komplekst, og består af mange aktører og faktorer. Det berører også flere lovgivninger og forvaltningsområder, eksempelvis sundheds-, skole-, familie- og socialområdet
- Der er sparsom evidens omkring hvilke indsatser, der virker på lang sigt...

Aftalens tilblivelse

Kickoff-konference i september 2021 afholdt af Region Syddanmark med fokus på børn, unge og gravide med overvægt.

På konferencen blev deltagerne opfordret til at give ideer og ønsker videre til arbejdsgruppen, som skulle udarbejde nærværende samarbejdsaftale.

Formål med samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen har til formål at styrke sammenhængen i det tværsektorielle samarbejde i forhold til børn, unge og gravide med overvægt, samt beskrive ansvars- og rollefordelingen og tydeliggøre den tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis og sygehusene yder i forhold til mennesker med overvægt.

Anbefalinger

Generelle anbefalinger til tværsektorielle aktører målgruppen 0-24 år

At alle aktører tilstræber, at der hele tiden er udpeget en tovholder gennem borgerens forløb

Det er – ved alle målgrupper - helt op til den enkelte sektor at beslutte, hvordan tovholderopgaven organiseres, og hvad denne indeholder

Det anbefales, at der udpeges en tydelig tovholder til at sikre effektivt samarbejde og sammenhæng i de forløb, hvor dette vurderes nødvendigt. Det vil bero på en konkret vurdering, hvem der i den konkrete situation sikrer, at familien eller den gravide inddrages og tilbydes koordinering af indsatser og tilbud. Tovholderansvaret kan altså – i løbet af borgerens forløb – skifte mellem sektorer og fagligheder.

Anbefalinger

Fra høringssvarene er der tilrettet, så det tydeliggøres at det drejer sig om anbefalinger

- At alle aktører har fokus på brobygning til civilsamfundet
- At alle aktører aktivt sigter mod at mindske stigmatisering
- At alle aktører har fokus på kompetenceudvikling
- At alle aktører har en skærpet opmærksomhed på *ABC for mental sundhed*
- At alle aktører inddrager tværfaglighed

Anbefalinger i opdelte målgrupper

Anbefalinger vedrørende børn og unge med overvægt

- **At alle aktører har en skærpet opmærksomhed på mistrivsel blandt børn og unge**
- **At sundhedsplejen inddrages i overgang fra dagtilbud til skole hos børn med overvægt**
- **At skoler og dagtilbud sætter fokus på spisekultur, mad, krop og bevægelse**
- **At alle kommuner har sundhedsfremmende tilbud til alle børn og unge med overvægt**
- **At kommunerne styrker samarbejdet med bl.a. ungdomsuddannelser**

Ressourcetræk

Med denne tværsektorielle samarbejdsaftale på overvægtsområdet i Region Syddanmark, er der udarbejdet en række anbefalinger, som aktørerne opfordres til at implementere efter aftalens ikrafttræden.

Disse anbefalinger vil i mange tilfælde kræve konkrete ændringer i måden, der arbejdes på i dag. Dette kan medføre et øget ressourcetræk i forhold til at løfte overvægtsopgaven fremadrettet.

Implementering

Anbefaling: at der nedsættes en implementeringsgruppe i hver sundhedsklynge, som sikrer implementeringen af aftalen hos aftaleparterne i samarbejde med sundhedsklyngerne. Det kunne styrke samarbejdsaftalen og dens implementering yderligere, hvis der nedsættes en mindre tværsektoriel følgegruppe, som refererer til Følgegruppen for Forebyggelse.

Der **opfordres** desuden til, at der afholdes regionale temadage i et passende interval om det tværsektorielle samarbejde vedrørende børn, unge og gravide med overvægt for de parter, der er inkluderet i samarbejdsaftalen.

Anbefaling, at implementeringsgrupper under klyngerne iværksætter en kortlægning og udvikling af kommunikative løsninger og arbejdsgange lokalt i forhold til de værktøjer, der er til rådighed. **Closed loop kommunikation**

Evaluering og monitorering

Følgegruppen for Forebyggelse har ansvaret for at følge op på anvendelsen og udviklingsretningen af samarbejdsaftalen.

Der gøres, på baggrund af allerede eksisterende data og inputs fra sundhedsklyngerne, status på aftalen og implementeringen heraf efter 12 måneder. Materialet samles og analyseres med henblik på at få et mere klart billede af:

- Det tværsektorielle samarbejde
- Implementeringen af samarbejdsaftalen, herunder samarbejdsaftalens anbefalinger
- Anvendelsen af samarbejdsaftalen

Høringssvar

Kommunerne havde i høringssvaret til samarbejdsaftalen fremhævet bekymringer, særligt ift. målgruppen 16-24 årige, og oplevede ikke, at disse bekymringer blev imødekommet. Kommunerne påpegede, at målgruppen med de 16 til 24-årige er bred og kan være svær at favne og sikre lige opsporende tiltag til.
Normalvis er det almen praksis der varetager denne rolle, men det kræver at den unge med overvægt selv henvender sig i klinikken hos den praktiserende læge. Ligesom sygehuset, inddrages almen praksis typisk først, når der opstår følgesygdomme til overvægten.

Middelfart KOMMUNE

Opsamling og status

- Rettelser er tilføjet samarbejdsaftalen, og det er flere steder tydeliggjort, at det er forslag fremfor anbefalinger
- Beskrivelse af, at tovholder funktion er en ny opgave, er imødekommet ved at tydeliggøre at anbefalingerne er frivillige / skal forstås for forslag.
- Forslag om anvendelse af klyngemidler blev drøftet på følgegruppemødet, hvor det foreslås, at det fremskrives som en mulighed i et følgebrev til klyngerne, når aftalen sendes til implementering
- Der foreslås at information om inspiration til opgaven med implementering, f.eks. i form af materiale fra Sund By Netværkets arbejde, Vidensraad for Forebyggelse mv. beskrives i følgebrevet.

Samarbejdsaftalen dagsordenssættes den på SSS d. 25/3.

Eventuelt

Eventuelle øvrige punkter?

Eventuelle bemærkninger til skriftlige orienteringer?

Orientering fra mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 6. februar 2023

RESUMÉ

Sundhedssamarbejdsudvalget afholdt sit seneste møde den 6. februar 2023.
Formålet med dette punkt er at orientere om, hvordan mødet forløb, og hvordan Strategisk Sundhedsstyregruppe bedst muligt understøtter arbejdet i Sundhedssamarbejdsudvalget.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Ingen bemærkninger

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning

INDSTILLING

Koordinationsgruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Tager orienteringen til efterretning
- Drøfter om Strategisk Sundhedsstyregruppe kan gøre mere for at understøtte Sundhedssamarbejdsudvalget.

SAGSFREMSTILLING

Kurt Espersen og Irene Ravn Rossavik vil give en kort opsamling fra mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 6. februar 2023.

Drøftelse af programudkast til 12-12-seminar for Strategisk Sundhedsstyregruppe i maj 2023 (SSS)

RESUMÉ

Strategisk Sundhedsstyregruppe har tidligere besluttet at afholde et 12-12-seminar i foråret 2023 med det formål at få drøftet og besluttet den administrative organisering i forhold til Sundhedsaftalen 2024-2027.
Udkast til program for seminaret fremlægges her til drøftelse og godkendelse.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Sundhedsdirektørkredsen mødes den 24. maj fra 10:00 til 12:00 forud for seminaret, hvor Steen Dalsgård Jespersen, Vicedirektør i Sundhedsstyrelsen, kommer og holder oplæg om fremtidens sundhedsvæsen i kommunerne.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Drøfter programudkast til seminaret og den skitserede hjemmeopgave

---

INDSTILLING

Koordinationsgruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Drøfter og godkender programmet for seminaret, herunder den skitserede hjemmeopgave
- Anmoder følgegrupperne om en status på arbejdet med den nuværende sundhedsaftale, som kan præsenteres på seminaret

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

I forbindelse med det årlige møde mellem Strategisk Sundhedsstyregruppe, følgegrupper og kompetencegrupper der blev afholdt på Munkebjerg den 21. september 2022, besluttede Strategisk Sundhedsstyregruppe, at der skulle afholdes et 12-12-seminar i foråret 2023, hvor formålet var at fastlægge den administrative organisering for den nye sundhedsaftale.

Løsning og konsekvenser

Konsulentfirmaet Delendorff Advisory, der tidligere har bistået os i en række arrangementer og møder, medvirker i tilrettelæggelsen og faciliterer drøftelserne på seminaret.

Programmet er opbygget med udgangspunkt i en status på den nuværende sundhedsaftale, som formandskaberne for de enkelte følgegrupper præsenterer på dagen. Såfremt de nationale måltal er offentliggjort forud for seminaret, vil også disse indgå i præsentationen. Formålet hermed er, at vi således får en fælles forståelse og billede af opgaven, inden vi går i gang med drøftelser af en mulig ny organisering.

Formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe har tidligere besluttet, at deltagerne i seminaret forud for seminaret får en lille hjemmeopgave. Formålet er, at vi får input fra egen organisation i forhold til fremtidige muligheder.

Hjemmeopgaven
Hver deltager drøfter forud for seminaret følgende spørgsmål med mindst 2 medarbejdere i egen organisation: ”*Hvad kan vi på tværs af sektorgrænser om 4-5 år som vi ikke kan i dag?*”

Samtalen kan klares på 10-15 min. Deltageren noterer kort de vigtigste pointer ned og sender sine input til Koordinationsgruppen senest den 10. maj.
Delendorff Advisory skal bruge disse i udvikling af et værktøj, der skal anvendes på seminaret for at sikre en effektiv udviklingsproces mod en ny organisering.

Udkast til program er vedhæftet som bilag.

BILAG

- Programudkast til seminar

1PROGRAM - 24. maj 2023

12:00 Ankomst og frokost

12:30 Velkomst

ved Kurt Espersen & Rolf Dalsgaard Johansen, formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe

12:40 Oplæg - Status på den nuværende sundhedsaftale med udgangspunkt i afrapportering af de nationale mål

ved

13:10 Input fra hjemmeorganisation

– Hvad kan vi på tværs af sektorgrænser om 4-5 år som vi ikke kan i dag?

Faciliterede drøftelser ved Jacob Høj Jørgensen, Chefkonsulent og Ph.d. ved Delendorff Advisory

13:45 Pause - tid til mails og telefon

14:00 Hvor vil vi gerne være med det tværfaglige samarbejde om 4-5år?

Faciliterede drøftelser

15:15 Præsentation af arbejdet med ny organisering fra d. 21. september

Ved ?

15:30 Udvikling af mulige scenarier for ny organisering

Faciliteret fælles arbejde og drøftelser

17:00 Opsamling og tak for i dag

18:00 Middag

19:30 Uformelt aftenarrangement

Region Syddanmark

PROGRAM - 25. maj 2023

08:00 Morgenmad

08:30 Tanker om dag 1

ved Kurt Espersen & Rolf Dalsgaard Johansen, formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe

08:45 Konkretisering og prioritering af forslag til ny organisering

Faciliterede drøftelser ved Jacob Høj Jørgensen

11:15 Pause

11:30 Drøftelse og beslutning af proces for det videre arbejde

Faciliterede drøftelser

11:50 Næste skridt

ved Kurt Espersen & Rolf Dalsgaard Johansen, formandskabet for Strategisk Sundhedsstyregruppe

12:00 Frokost

Region Syddanmark

Orientering om udkast til politisk del af sundhedsaftalen 2024-2027

RESUMÉ

Med udgangspunkt i beslutningerne på mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 6. februar har Koordinationsgruppen i samarbejde med den nedsatte referencegruppe udarbejdet udkast til den politiske Sundhedsaftale 2024-27.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Der er lagt op til en grundig drøftelse af udkastet på mødet i Strategisk Sundhedsstyregruppe. Når udkastet sendes i høring efter mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023, har alle de 22 syddanske kommuner mulighed for at indsende et hørringsvar til hørringsudkastet.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager sagen til orientering

INDSTILLING

Koordinationsgruppen indstiller, at den Strategiske Sundhedsstyregruppe

- Drøfter vedlagte udkast til politisk del af Sundhedsaftalen 2024-27
- Beslutter, hvilken opfølgning der ønskes på den enkelte målsætning
- Godkender processen for endelig administrativ godkendelse af Sundhedsaftalen 2024-27

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Sundhedssamarbejdsudvalget har, som en del af udarbejdelsen af Sundhedsaftalen 2024-2027, lavet et udkast til politiske visioner og grundprincipper for samarbejdet. Disse har været til drøftelse på det politiske niveau i sundhedsklyngerne i løbet af januar/februar 2023 og er efterfølgende drøftet på møde i Sundhedssamarbejdsudvalget den 6. februar 2023.

På baggrund af drøftelserne i Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne foreligger nu et høringsudkast til Politisk Sundhedsaftale 2024-27 for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner.

Visioner og Målsætninger

Visionerne for Sundhedsaftalen er fastlagt af Sundhedssamarbejdsudvalget på mødet den 6. februar 2023.
I perioden siden mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget har Koordinationsgruppen i samarbejde med den nedsatte referencegruppe haft fokus på at færdiggøre et udkast til den politiske Sundhedsaftale 2024-27. Fokus har i særlig grad været på målsætningerne med udgangspunkt i den beslutning, Strategisk Sundhedsstyregruppe på møde den 5. januar 2023 traf om, at målsætnin-

gerne skal have fokus på retninger og tendenser, og ikke nødvendigvis konkrete målbare udviklinger. Dette begrundes med, at det kan være vanskeligt at pege på, om en given igangsat indsats er årsag til en udvikling – eller en manglende udvikling – på et område. Ligeledes er der en vis latenstid fra en indsats igangsættes, til effekterne af denne er målbare. For nogle visioner er der formuleret processuelle mål om, at der igangsættes indsatser med fokus på en given målgruppe, samt at der følges op på disse indsatser løbende i sundhedsklyngerne.

Som aftaleudkastet ligger nu, er der ved nogen målsætninger formuleret to eller flere alternativer i opfølgningen. Der lægges op til, at Strategisk Sundhedsstyregruppe beslutter, hvilken opfølgning der ønskes på den enkelte målsætning.

Grundprincipper for det tværgående samarbejde i Sundhedsaftalen 2024-27
Grundprincipperne er tilrettet på baggrund af de beslutninger, der er truffet i sundhedsklyngerne og i Sundhedssamarbejdsudvalget. Den væsentligste ændring her er, at modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse samt nye opgaver er indarbejdet i grundprincippet "Vi skaber et samlet sundhedsvæsen".

Organisering af det tværsektorielle samarbejde

Der er udarbejdet et organisationsdiagram, som beskriver samarbejdet på fagligt strategisk og politisk niveau i henholdsvis sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalget. Derudover er det beskrevet, hvad de forskellige nye fora har til opgave samt hvordan de skal samarbejde.

Proces
På nærværende møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe den 22. marts 2023 vil Koordinationsgruppen præsentere indholdet i det foreliggende udkast til politisk del af Sundhedsaftalen 2024-27. Præsentationen vil blive inddelt i de overskrifter, der fremgår af indholdsfortegnelsen og der bliver lejlighed til drøftelser undervejs. Der er dog dele af indholdet, som er politisk besluttet og derfor ikke kan ændres på nuværende tidspunkt.

Efter drøftelserne på mødet vil udkastet blive rettet til og fremsendt til skriftlig kommentering og godkendelse hos Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Når udkastet er godkendt af Strategisk Sundhedsstyregruppe, vil det blive opsat grafisk, forud for behandling i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023. Såfremt Sundhedssamarbejdsudvalget godkender aftalen uden bemærkninger, sendes aftaleudkastet i høring den 9. maj 2023. Høringsperioden strækker sig i tre måneder frem til 9. august 2023.

Den 31. maj afholdes et politisk årsmøde, hvor Sundhedssamarbejdsudvalget, medlemmerne af det politiske niveau i sundhedsklyngerne samt relevante udvalgsformænd præsenteres for høringsversionen.

Sideløbende igangsættes arbejdet med den administrative del af Sundhedsaftalen 2024-27. Dette indledes med et døgnseminar den 24. og 25. maj, hvor formålet er at drøfte og beslutte den fremadrettede administrative understøttelse af sundhedsaftalesamarbejdet skal være.

BILAG

- Udkast til høringsversion af den politiske del af Sundhedsaftalen 2024-27

- Proces for tilblivelsen af Sundhedsaftale 2024-27

Indhold

Forord 2
Visioner og målsætninger 3
Grundprincipper for det tværgående samarbejde i Sundhedsaftalen 2024-2027 12
Organisering af det tværsektorielle samarbejde 14
Opfølgning og samarbejde 16

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

Forord

I Syddanmark vil vi sikre, at vores borgere oplever et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som skaber tryghed og lighed for syddanskerne. Virkeligheden er dog, at sundhedsvæsenet er udfordret på mange områder.

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. Dertil kommer, at rekordmange børn og unge oplever mental mistrivsel, og at brugen af alkohol og nikotin er stigende, mens den fysiske aktivitet er faldende.

Samtidig ser vi ind i en fremtid, hvor vi kommer til at mangle sundhedsprofessionelle i sundhedssektoren. Udfordringerne kræver nytænkning og udvikling af sundhedsvæsenet, hvor vi i højere grad end nogensinde før tænker os som ét samlet sundhedsvæsen og finder bæredygtige løsninger i fællesskab.

For at håndtere netop de udfordringer, kræver det, at vi i kommuner, regionen og almen praksis arbejder endnu tættere sammen. Det er det denne sundhedsaftale skal være rammen for.

Med udgangspunkt i de nævnte udfordringer, har vi i Sundhedssamarbejdsudvalget sat ambitiøse mål for denne sundhedsaftale, der skal adressere det, som presser sig allermest på i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalen 2024 til 2027 bygger videre på et stærkt og udviklingsorienteret samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis, som har opnået mange gode resultater gennem tiden. Med udgangspunkt i det gode, eksisterende samarbejde, vil vi forsætte udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor vi samtidig vil fremme lighed i sundhed. Udgangspunktet for vores samarbejde er, at vi respekterer hinandens rammevilkår, og at der skal være en balance i forhold til de økonomiske konsekvenser af de enkelte tiltag for kommuner, sygehuse og almen praksis.

I sundhedsaftalen har vi formuleret visioner for vores samarbejde, hvor der under hver vision er prioriteret konkrete fokusområder.

Vi ser frem til i fællesskab at finde gode løsninger på udfordringerne.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

Visioner og målsætninger

Sundhedsaftalen 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 forpligter os selv og hinanden på i aftaleperioden januar 2024 til juni 2027.

Prioriteringen i denne sundhedsaftaleperiode tager sit udspring i de udfordringer, 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 udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe mere lighed i sundhed for hele den syddanske befolkning. Derudover har udvalget besluttet, at der er fire underliggende visioner i Sundhedsaftalen 2024-2027, som der særligt sættes fokus på for at arbejde mod at opnå den overordnende vision om at skabe mere lighed i sundhed og en fælles udvikling af sundhedsvæsnet.

De fire underliggende visioner er:

- Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel
- Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse
- Vi sikrer sammenhæng
- Vi arbejder for gode overgange

De otte nationale mål for sundhedsvæsenet sætter en fælles national retning og udgør samtidig en overordnet ramme for Sundhedsaftalen 2024-2027. Indsatsområderne, som vi arbejder med i sundhedsaftalen, skal bidrage til at realisere de 8 nationale mål. Ud over de nationale mål er vi enige om at de fire visioner, sætter en fælles retning for sundhedsvæsenet i Syddanmark.

Alle de indsatser vi igangsætter i det tværsektorielle samarbejde, skal tage udgangspunkt i visionerne for Sundhedsaftalen. Vores fire prioriterede indsatsområder har tilhørende fælles forpligtende målsætninger og til hver målsætning er der udpeget målbare indikatorer med henblik på løbende at kunne følge op på sundhedsaftalen. Indikatorerne er valgt med afsæt i eksisterende tilgængelige data og skal ses som udtryk for, om vi bevæger os i den ønskede retning i forhold til de opsatte målsætninger.

Under indsatsområderne udarbejdes og implementeres konkrete samarbejdsaftaler, der har til formål at indfri målsætningerne.

Visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2024-2027

MÅLSÆTNINGER UNDER VISIONEN: VI SAMARBEJDER OM BØRN OG UNGES MENTALE TRIVSEL **i Sundhedsaftalen 2024-2027**	
Målsætning	Opfølgning
Vi vil samarbejde om forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel	- Mental mistrivsel blandt børn og unge skal mindskes Eller: - Udviklingen i andelen af børn og unge, der oplever mental mistrivsel, bremses *Sundhedsprofilen(16+) 2022/2026,* *Supplerende sundhedsprofil 2024,* *Skolebørnsundersøgelsen 2023/2027* *Folkeskolernes trivselsmåling 2024/2025/2026/2027*
Vi vil samarbejde om aktiviteter og fællesskaber der fremmer den mentale sundhed	- Indfrielsen af visionen sker gennem konkrete projekter. Projekterne skal have klar evidens for virkning og potentiale til at skabe en mærkbar forandring. Der udarbejdes konkrete implementeringsmål og data for effekt, der kan følges løbende. Såfremt der skabes mærkbar evidens for forandring til det bedre, vurderer Sundhedssamarbejdsudvalget, om de enkelte indsatser skal skaleres under hensyntagen til de lokale forhold. Eller: - Alle involverede i Sundhedsaftalen arbejder med at fremme børn og unges kendskab til og deltagelse i aktiviteter og fællesskaber,

UDKAST TIL HØRINGSVERS

	ligesom der arbejdes med området i sundhedsklyngerne. *Opfølgning på ABC. Tilslutning til ABC på uddannelsesinstitutioner*

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

MÅLSÆTNINGER UNDER VISIONEN: VI SAMARBEJDER OM FLERE SUNEDE LEVEÅR VIA SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE **i Sundhedsaftalen 2024-2027**	
Målsætning	Opfølgning
Vi vil øge andelen af borgere der er fysisk aktive og bremse udviklingen i andelen af borgere med svær overvægt	- Udviklingen i andelen af borgere, der har svær overvægt, skal bremses Eller - Svær overvægt blandt Syddanske borgere skal mindskes. Eller - Andelen af borgere med svær overvægt skal nedbringes til landsgennemsnittet. - Andelen af borgere, der er fysisk aktive, skal øges *Sundhedsprofilen (2025), Supplerende sundhedsprofil 2024, Skolebørnsundersøgelsen, Børnedatabasen, Danmark i bevægelse (2025), DGI*
Vi vil nedbringe andelen af borgere, der har et højt forbrug af alkohol *Bingedrinking – relevant i det tværsektorielle samarbejde?*	- Andel af borgere der drikker mere end 10 genstande om ugen skal nedbringes - Andelen af borgere, der drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed, skal nedbringes - Alle aktører har indsatser målrettet nedbringelse af alkoholforbrug ligesom der arbejdes med området i sundhedsklyngerne *(Sundhedsprofilen (2025), den supplerende sundhedsprofil 2024)*
Vi vil nedbringe andelen af daglige brugere af tobaks- og nikotinprodukter	- Andel af borgere, der ryger dagligt, skal nedbringes til landsgennemsnittet for 2021 og gerne mere Alternativ formulering: - Andelen af borgere, der ryger dagligt, skal mindskes. - Andel af borgere, der bruger røgfri tobaksprodukter, skal nedbringes.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

	- Andelen af borgere, der bruger nikotinprodukter, skal nedbringes - Alle aktører har indsatser målrettet nedbringelse af tobaks- og nikotinforbrug ligesom der arbejdes med området i sundhedsklyngerne *(Sundhedsprofilen, supplerende sundhedsprofil, de nationale mål)*

MÅLSÆTNINGER UNDER VISIONEN: VI SIKRER SAMMENHÆNG **i Sundhedsaftalen 2024-2027**	
Målsætning	Opfølgning
Vi vil skabe mere sammenhæng til beskæftigelsesområdet	- Andelen af borgere med somatisk sygdom, som fastholdes på arbejdsmarkedet, skal øges - Andelen af borgere med psykisk sygdom i beskæftigelse skal øges - Alle aktører gør en aktiv indsats for at sikre sammenhæng til beskæftigelsesområdet ligesom der arbejdes med området i sundhedsklyngerne *(implementering af IPS eller lignende)* *(De nationale mål, sundhedsdata på tværs - dream data)*
Vi vil skabe mere sammenhæng til uddannelsesområdet	- Andelen af unge med psykiske lidelser, der har fuldført en ungdomsuddannelse, øges - Alle aktører gør en aktiv indsats for at hjælpe unge til at fuldføre en uddannelse, ligesom der arbejdes med området i sundhedsklyngerne *(De nationale mål, sundhedsdata på tværs - dream data)*

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

MÅLSÆTNINGER UNDER VISIONEN: VI ARBEJDER FOR GODE OVERGANGE i Sundhedsaftalen 2024-2027	
Målsætning	Opfølgning
Vi vil skabe bedre overgange for ældre borgere og borgere med kroniske sygdom	- Antal akutte indlæggelser blandt ældre skal nedbringes - Antal forebyggelige indlæggelser blandt ældre skal nedbringes - Alle Sundhedsklynger har løbende fokus på at forbedre overgangene for den ældre borger og borgere med kronisk sygdom *(De nationale mål, LUP undersøgelse, evt. almen praksis – kronikerhonorar, sundhedsdata på tværs)*
Vi vil skabe bedre overgange for borgere med psykiske lidelser	- Antal akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage skal nedbringes - Alle Sundhedsklynger har løbende fokus på at forbedre overgangene for borgere med psykiske lidelser *(De nationale mål, evt. LUP?) – spørge psykiatrien*

TIL HØRINGSVERSION

Vi samarbejder om at udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe mere lighed i sundhed

Den overordnede vision i Sundhedsaftalen 2024-2027 er at udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe mere lighed i sundhed.

Vi ønsker derfor et overordnet fokus på at udbrede og udvikle vores fælles indsatser og muligheder. Samtidig er sundhedsrisici og sygdomme socialt skævt fordelt i samfundet, og vi skal derfor sammen gøre mere for at forebygge ulighed i sundhed ved at sætte ind i forhold til sundhedsadfærden.

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 både socialt, uddannelsesmæssigt, og arbejdsmæssigt

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. Det er derfor helt afgørende, at der sættes ind over for denne udvikling i vores tværsektorielle samarbejde.

<u>Forebyggelse og tidlig opsporing af mental mistrivsel</u>
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. I Syddanmark har vi vedtaget en omfattende tværsektoriel samarbejdsaftale på børn- og ungeområdet, der sigter mod at forebygge og tidligt opspore mental mistrivsel blandt børn og unge. Denne aftale skal være fundamentet for de indsatser, vi arbejder videre med i denne sundhedsaftaleperiode.

Aktiviteter og fællesskaber der fremmer den mentale sundhed

I Syddanmark har vi allerede igangsat initiativer i regi af partnerskabsaftalen *ABC for mental sundhed*, hvor formålet netop er at forebygge mental mistrivsel ved at sætte fokus på, hvordan aktiviteter og fællesskaber kan modvirke mental mistrivsel. Dette gode arbejde vil vi bygge videre på i denne sundhedsaftaleperiode.

Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsfremme og forebyggelse ser vi som et fælles ansvar i Syddanmark. Vi vil i højere grad investere i sundhedsfremme og forebyggelse og derigennem skabe flere sunde leveår for de syddanske borgere. Sygehuse, kommuner og almen praksis skal samarbejde om at opspore, henvise til og gennemføre sundhedsfremmende forebyggelsestilbud, så borgerne undgår, at sygdom opstår eller forværres.

Den Syddanske sundhedsprofil for 2021 viser, at der er behov for et særligt fokus på tobaks- og nikotinprodukter, overvægt og fysisk inaktivitet samt alkohol. Det er derfor besluttet, at der i samarbejdet om at sikre flere sunde leveår skal være særligt fokus på at nedbringe forbruget af tobaks- og nikotinprodukter, nedbringe antallet af borgere med svær overvægt og tilsvarende øge aktivitetsniveauet samt sætte ind over for alkoholforbruget hos de syddanske borgere.

Vægt og fysisk aktivitet

Overvægt har både fysiske og psykiske konsekvenser for den enkelte. 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. Med svær overvægt øges risikoen for at udvikle forskellige følgesygdomme samt for tidlig død. Det kræver derfor en bred, tidlig indsats målrettet både børn, unge, deres familier og øvrige voksne borgere med svær overvægt, hvor fokus er på den egentlige årsag til overvægten.

Èn af måderne hvorpå overvægt kan forebygges, er gennem fysisk aktivitet. Ligeledes fremmer fysisk aktivitet vores mentale sundhed og følelsen af velvære samtidig med, at det mindsker risikoen for en lang række livsstilssygdomme 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 minutter om ugen, er på 42 %. Dette tal vil vi øge gennem det tværsektorielle samarbejde.

Sund alkoholkultur

Jf. Sundhedsstyrelsens udmeldinger fra 2022 kan man minimere sin helbredsrisiko, hvis man højst drikker 10 genstande om ugen.
I Sundhedsaftalen 2024-2027 er det ønsket, at der sættes fokus på at nedbringe såvel andelen af borgere, der drikker ti genstande eller mere i løbet af en uge, samt andelen af borgere, der drikker mere end fire genstande på samme dag, da begge udsving potentielt har sundhedsskadelig virkning.

Et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark

Rygning er til stadighed den største enkeltfaktor for tidlig død. Ud over tobak udvikles løbende nye produkter, som dels fastholder et tobaks- og nikotinforbrug hos borgere, der ryger eller har røget og dels starter et forbrug af tobaks- og nikotinprodukter hos borgere, der aldrig har røget. Derfor er der behov for at sætte fokus

ØRINGSVERSION

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. Fokus vil således være på både at fortsætte det gode arbejde i Syddanmark med at nedbringe andelen af dagligrygere samt at nedbringe andelen af borgere, der bruger nikotin- og tobaksprodukter.

Vi sikrer sammenhæng

Vi vil sikre, at helhedsperspektivet er et fast udgangspunkt i alle forløb, sådan at alle borgere oplever meningsfuld sammenhæng mellem deres sundhed og øvrige liv. Det er derfor 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 vil arbejde med evidensbaserede indsatser, så vi kan støtte borgeren i at mestre eget liv og vende tilbage til arbejdsmarkedet efter en længere sygefraværsperiode.

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 en varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

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 psykiske lidelser samt for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom.

Gode overgange for ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

I Danmark er næsten 1,5 millioner borgere ramt af en eller flere kroniske sygdom. 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.

Gode overgange for borgere med psykiske 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.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

Grundprincipper for det tværgående samarbejde i Sundhedsaftalen 2024-2027

Sundhedsaftalen fastlægger ikke alene visioner og målsætninger for det fælles samarbejde. Den sætter også retningen for, hvordan vi arbejder sammen om at nå visionerne og målsætningerne. Når vores fælles visioner og målsætninger skal omsættes til konkrete indsatser og initiativer, tager vi udgangspunkt i følgende grundprincipper:

Vi skaber et samlet sundhedsvæsen
Sundhedsvæsenet er presset på ressourcer, særligt i forhold til manglen på sundhedsfagligt personale. Samtidig vil mængden af opgaver på sundhedsområdet grundet den demografiske udvikling i fremtiden være så omfattende, at det vil være umuligt at løse opgaverne på samme vis, som vi gør nu. Derfor er der behov for at se på det samlede forløb og den samlede kapacitet på sundhedsområdet. Vi vil se fordomsfrit på opgaveløsningen og udvikle samarbejdet der, hvor der er sundheds-gevinster at hente for borgeren og tilsvarende effektivisering at hente for kommuner, region og almen praksis. Såfremt en opgave flytter sektor eller der opstår nye opgaver som har til formål at skabe en bedre opgavevaretagelse, skal det ske med klarhed over parternes vilkår, herunder økonomi, i de aftalte indsatser jf. den fælles model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse samt nye opgaver i Region Syddanmark.

Vi udbreder de gode løsninger
Set i lyset af de udfordringer, vi står overfor, er det nødvendigt at tænke i nye løsninger. Nye løsninger opstår som oftest der, hvor fagpersoner gennem innovation udvikler nye tilgange og smarte initiativer. Nogle initiativer handler om digitalisering og udvikling af ny teknologi, mens andre omhandler udvikling af det tværsektorielle samarbejde. Nogle initiativer sikrer, at opgaverne kan løses mere effektivt, og frigør dermed ressourcer til borgerne, mens andre initiativer giver borgerne et bedre og mere sammenhængende forløb. De initiativer, der viser positive resultater med udgangspunkt i datadreven evaluering, skal vi udbrede enten helt eller delvist, så det giver mening i den konkrete kontekst.

Vi styrker det digitale sundhedsvæsen
Sundhedsvæsenet skal bringes tættere på eller helt ud i borgerens eget hjem. En sådan omstilling er forbundet med udvikling og anvendelse af sundhedsteknologi, digitalisering og telemedicin. Når vi anvender digitale løsninger, har vi altid fokus på, at de skal styrke trygheden for den enkelte borger ligesom de kan bidrage til at mindske geografisk og social ulighed i sundhed. De digitale løsninger skal være med til at muliggøre, at borgere kan tilbringe mindre tid på sygehusene og mere tid i eget nærmiljø samt medvirke til at styrke den samlede kapacitet på sundhedsområdet.

Vi skaber let tilgængelighed for borgeren
Vi skal gennem samarbejdet i sundhedsklyngerne skabe let tilgængelighed for borgerne. Dette kan ske både ved etablering af nærhospitaler, 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 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. Det kan give borgerne øget frihed og ansvar for egen sundhed, og det kan understøtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne.

SKAT TIL HØRINGSVERSION

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.

Vi skaber mere fælles viden
Vi vil identificere gode indsatser som kan igangsættes og systematisk opsamle viden om effekten af indsatserne. Derfor skal vi arbejde med fælles datadeling og systematisk vidensopsamling. Vi skal se på tværsektorielle patientforløb og identificere udfordringer og forbedringsmuligheder, skabe positive dynamikker mellem primær- og sekundærsektor.

Vi skal dele data i det omfang, vi kan og må. På den måde kan vi sammen skabe relevant viden om den udvikling, som presser sundhedssystemet. Samtidig skal der forskes i muligheder for og konsekvenser af, at opgaver flytter fra én aktør til en anden. På den måde kan vi sammen arbejde målrettet på at forbedre det samlede sundhedsvæsen.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

Organisering af det tværsektorielle samarbejde

Med afsæt i lov om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg fra 9. juni 2022 skitseres nedenfor rolle og opgavefordelingen mellem Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne i Syddanmark.

Sundhedssamarbejdsudvalget er et fælles politisk forum for styrkelse af samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og alment praksis.
Sundhedssamarbejdsudvalget består af 5 repræsentanter udpeget af regionsrådet, herunder regionsrådsformanden, samt borgmestrene fra de fire klyngeformandskabskommuner, en udvalgsformand og 2 repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO-Syddanmark) i Syddanmark.

Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i Syddanmark. Udvalget udarbejder desuden udkast til sundhedsaftale og følger løbende op på indsatserne. Endelig har de til opgave at understøtte ensartethed på tværs af sundhedsklyngerne med henblik på at skabe mere lighed i sundhed.

Sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelser og beslutninger fungerer som retningssættende og som oplæg til sundhedsklyngernes mere patient- og borgernære drøftelser og beslutninger, der tager udgangspunkt i den enkelte sundhedsklynges behov og ønsker.

I Syddanmark er der fire **sundhedsklynger** bestående af henholdsvis et politisk og et fagligt strategisk niveau.

Sundhedsklyngernes politiske niveau skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Sundhedsklyngernes politiske niveau består af 4 regionsrådsmedlemmer, herunder regionsrådsformanden samt borgmestrene (i Odense Kommune rådmanden) fra kommunerne i de enkelte klynger samt 2 repræsentanter fra PLO-Syddanmark.

Det fagligt strategiske niveau i sundhedsklyngerne er en administrativ struktur, der understøtter det politiske niveau i sundhedsklyngerne. Sygehuse (somatik og psykiatri), kommuner og PLO-Syddanmark i arbejder her i fællesskab med at omsætte de politiske pejlemærker og mål til handling i den lokale kontekst.

Strategisk Sundhedsstyregruppe sætter på baggrund af de politiske visioner og målsætninger den administrative retning for sundhedsaftalesamarbejdet og implementeringen af sundhedsaftalens indsatser.

Strategisk Sundhedsstyregruppe består af direktører og afdelingschefer fra region og kommuner, med udgangspunkt i sundhedsområdet samt repræsentanter fra PLO-Syddanmark.

Den administrative organisering uddybes i det administrative tillæg.

UDKAST TIL HØRI

Opfølgning og samarbejde

Opfølgning på politiske visioner og målsætninger
Målsætningerne i Sundhedsaftalen er koblet til De 8 nationale mål for Sundhedsvæsenet, Sundhedsprofilen og andre nationale databaser.

I arbejdet med at følge op på sundhedsaftalen, vil Sundhedssamarbejdsudvalget en gang årligt blive præsenteret for en status på de politiske visioner og målsætninger. Den årlige status giver mulighed for, at der politisk og administrativt kan justeres og prioriteres i forhold til de igangsatte indsatser.

Sundhedssamarbejdsudvalget har endvidere ansvaret for, at der midtvejs og ved aftalens udløb udarbejdes en status på indfrielse af sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen.

Løbende politisk samarbejde
For at styrke det politiske ejerskab i Sundhedsaftalen inviterer Sundhedssamarbejdsudvalget med passende mellemrum i aftaleperioden, repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget til orientering om status på indfrielsen af de politiske visioner og målsætninger.

Sundhedsklyngerne har løbende mulighed for at præsentere lokalt udviklede tiltag for Sundhedssamarbejdsudvalget, med henblik på at drøfte, om det vil være relevant at udbrede til de andre sundhedsklynger.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil arbejde for at dele viden med Sundhedssamarbejds-udvalgene på tværs af de fem regioner med det formål, at inspirere og blive inspireret til udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Vi bygger videre på vores gode erfaringer med systematisk at integrere nationale initiativer i vores sundhedsaftalesammenhænge ved at være fælles om at oversætte indholdet til den syddanske kontekst.

Bilaterale samarbejder
Der igangsættes løbende mange sundhedssamarbejdsprojekter i Syddanmark med relevans for det tværsektorielle samarbejde. Sundhedssamarbejdsudvalget ønsker at orienteres om erfaringer fra succesfulde projekter, således de kan deles mellem parternerne og derigennem understøtte arbejdet med indfrielsen af de politiske visioner.

UDKAST TIL HØRINGSVERSION

Godkendelse af kommissorium for arbejdsgruppe til revision af SAM:BO-forløbene 0-5 (SSS)

RESUMÉ
Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har udarbejdet udkast til kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal forestå revision af SAM:BO-aftalens forløb 0-5. Følgegruppen for behandling og pleje har godkendt udkast til kommissorium, der hermed forelægges til godkendelse i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER
Formandskabet godkendte kommissorium for Revisionsgruppen.

Der skal udpeges to faglige repræsentanter fra kommunerne med kendskab til henholdsvis somatikken, socialpsykiatrien og en sekretær.

Karen Storgaard, Aabenraa Kommune, har tilkendegivet at de gerne stiller med en repræsentant.

INDSTILLING
Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orientering om formandskabsbehandlingen til efterretning

---

INDSTILLING
Følgegruppen for behandling og pleje indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Godkender kommissorium for Revisionsgruppen samt proces for udpegning

SAGSFREMSTILLING

Baggrund
Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe iværksatte i foråret 2022 en evaluering af SAM:BO-forløbene 0-5 med inddragelse af de daværende samordningsfora. Resultatet af evalueringen er samlet i ”Notat om evaluering af SAM:BO-forløb 0-5”, der er vedhæftet som bilag.

Opfølgning på evalueringen og den videre proces, er drøftet og godkendt i den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe og i Følgegruppen for behandling og pleje. En arbejdsgruppe bestående af fem repræsentanter fra den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har gennemgået SAM:BO-aftalens forløb 0-5 i forhold til de mindre justeringer og præciseringer, som umiddelbart kunne gennemføres. Ændringerne implementeres i nærmeste fremtid og kan betegnes som første led i revisionen.
Andet led i revisionen af forløb 0-5 er et større arbejde, svarende til model 3 i den nyligt vedtagne model for revidering af fælles tværsektorielle dokumenter, som Strategisk Sundhedsstyregruppe godkendte på mødet den 25. januar 2023. Arbejdet, forventes at vare knap et år og kræver en ikke ubetydelig involvering af kolleger fra driften.

Sagsfremstilling
Følgegruppen for behandling og pleje har på møde den 31. januar 2023 godkendt nogle mindre justeringer og præciseringer bl.a. vedrørende bolig- og adgangsforhold, ændringer som følge af bortfald af tryghedskassen samt en række sproglige præciseringer. Endelig har følgegruppen godkendt, at udkast til kommissorium for revisionsgruppen videresendes til godkendelse i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Revisionsgruppens sammensætning
Kommissoriet lægger op til, at revisionsgruppen består af følgende fagligheder:

- En kommunal repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for somatikken
- En kommunal repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for socialpsykiatrien
- En regional repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for somatikken
- En regional repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for psykiatrien
- En regional repræsentant med indgående kendskab til MedCom standarderne
- En regional sekretær
- En kommunal sekretær

De indmeldte repræsentanter skal have indgående faglig viden og erfaring i forhold til anvendelse af SAM:BO-aftalen. Revisionsgruppen har desuden mulighed for løbende at inddrage ad hoc kompetencer til kvalificering af arbejdet.

Arbejdsgruppens sammensætning adskiller sig væsentligt fra tidligere nedsatte arbejdsgrupper, hvor der har været tradition for at sikre såvel kommunal som regional repræsentation fra samtlige samordningsfora. Desuden er der ikke lagt op til, at arbejdsgruppen har et formandskab, idet den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe forventes at kunne fungere som en slags referencegruppe for revisionsgruppen.
Der er med andre ord tale om en ret smal arbejdsgruppe af hensyn til en mere agil proces. Det betyder til gengæld, at de repræsentanter, der involveres i gruppen forventes at kunne afse ressourcer til at løfte arbejdet – ikke blot ved tilstedeværelse på møderne - men også i det udredende arbejde, der skal foregå mellem møderne.

Proces
Udpegningen til revisionsgruppen følger den sædvanlige proces med indmelding via Fælleskommunalt Sundhedssekretariat f.s.v.a. de kommunale repræsentanter og via henvendelse til sygehusenes hovedpostkasser f.s.v.a. de regionale repræsentanter.
Arbejdet igangsættes så snart repræsentanterne er udpeget.

BILAG

- Kommissorium for Revisionsgruppen

- Notat om evaluering af SAM:BO-forløb 0-5

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/
Følgegruppe:
Journal nr.: 23/4580

Udarbejdet af: Annette Weng, Anette Kidholm Filtenborg
E-mail: avw@rsyd.dk, aneki@vejen.dk
Telefon: 2920 1007

Dato: 24-01-2023

Kommissorium

Arbejdsgruppe til revidering af SAM:BO forløb 0-5
-benævnes fremover Revisionsgruppen

Baggrund

Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har gennem det seneste års tid drøftet nødvendigheden af en evaluering og revision af SAM:BO-aftalen. Opgaven er ligeledes italesat af Følgegruppen for Behandling og Pleje, som den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe refererer til.

Den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe besluttede den 10. februar 2022, at man ville starte med en evaluering af de somatiske forløb (0-5), mens de socialpsykiatriske forløb skulle evalueres efterfølgende.

Der blev i foråret 2022 nedsat en arbejdsgruppe, som udarbejdede en række spørgsmål til samordningsforaene for at få belyst, hvilke udfordringer vi har med SAM:BO, samt hvad der mangler i beskrivelserne i de nuværende forløb.

På baggrund af tilbagemeldingerne fra samordningsforaene, stod det klart, at der er en række temaer, som bør indgå i den videre revidering af SAM:BO-aftalen. Det er temaer, som omhandler selve indholdet i SAM:BO-aftalen, samt temaer som omhandler behovet for at nytænke implementeringen, herunder også driftsorganisationen bag samarbejdsaftalen.

På et møde den. 1. september i den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe blev de indkommende svar drøftet. På baggrund af drøftelsen blev det beslutte at:

- En gruppe bestående af fem repræsentanter fra den rådgivende tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe gennemgår SAM:BO-aftalens forløb 0-5. Gruppen kommer med en vurdering af hvilke mindre rettelser og præciseringer, som umiddelbart kan gennemføres, uden det kræver en større revision samt hvilke forslag og temaer, der kræver et større arbejde, og derfor først kan indarbejdes i forbindelse med en mere indgående revision. I forbindelse med den større revision skal der tillige ses på, hvorledes de nye MedCom-standarder indarbejdes.

- Gruppen udarbejder desuden et forslag til kommissorium for Revisionsgruppen, som dels skal arbejde videre med de temaer, der kræver et større revisionsarbejde, og dels skal udarbejde et forslag til en tids- og procesplan for revision af SAM:BO-aftalen i 2023 – 2024.

Kommissoriet her beskriver opgaverne for den nye Revisionsgruppe.

Formål

Formålet med revisionsgruppens arbejde er at sikre, at SAM:BO-aftalens enkelte forløb til stadighed afspejler den virkelighed, vi arbejder i, herunder at de tager højde for udviklingen og nutidens meget korte og accelererede forløb.

Leverancer

Revisionsgruppen skal arbejde med følgende punkter;

<u>Revision af SAM:BO-aftalen</u>
Revisionsgruppen skal med udgangspunkt i *Notat om evaluering af SAM:BO forløb 0-5* arbejde videre med de temaer, der er beskrevet, som værende særligt udfordrende, og som kræver en egentlig revision i forhold til indholdet i samarbejdsaftalen.

Det drejer sig bl.a. om:

- Plejeforløbsplaner
    - udfordringer vedr. den tidsmæssige udstrækning (både meget lange og korte forløb)
    - usikker FUS-dato (forventet udskrivningsdato)
    - kvalitet i informationerne (præcisering af ydelse)
    - kommunikation omkring indholdet i plejeforløbsplanerne
    - ønske om skabelon til sygeplejefaglige indsatser/problemområder
    - rette vurdering af borgerens funktionsevne
- Skal der skelnes mellem behandlingsforløb på over og under 48 timer?
- Hjælpemidler – herunder udbringning og installering
- Dobbelt dokumentation ift. koordinationsplaner/psykiatri.
- Kvalitet i kommunikationen generelt, herunder bl.a. ift. ”lånesenge” og inhabile borgere
- Endelig har der i forbindelse med besvarelserne fra evalueringen været peget på, at der kan være et behov for en særskilt forløbsbeskrivelse for borgere på FAM. Pt. bruges der er skadestuekorrespondance til at kommunikere omkring borgere, som opholder sig på FAM, men ikke indlægges. Dette er ikke optimalt.

Desuden er der i forbindelse med den nyligt vedtagne akutplan udstukket en opgave i forhold til at få afdækket, om den digitale kommunikation er tilstrækkelig eller kan optimeres omkring patienter, der er indlagt mindre end 48 timer eller slet ikke indlægges.

Revisionsgruppen skal konkret levere en høringsversion i forhold til en ændring af SAM:BO-forløbene 0-5, herunder begrunde de beslutninger, der er taget undervejs.
Revisionsgruppen skal desuden levere et forslag til implementeringsplan for ændringerne i forløb 0-5.

UDKAST

Tids- og procesplan for revisionen

Revisionsgruppen skal udarbejde et forslag til en tids- og procesplan for hvordan forløbene 0-5 kan revideres.

Overordnet skal tids- og procesplanen indeholde følgende elementer.

- Foråret 2023: Workshop hvor de temaer, som skal indarbejdes i SAM:BO-aftalen, oplistes. Der skal skabes et overblik over temaerne;
    - Hvilken viden om temaet er allerede til rådighed?
    - Er der viden eller data, som mangler?
    - Er arbejdet med at indarbejde ændringerne i SAM:BO-aftalen afhængig af andre processer, eks. implementeringen af nye MedCom standarder?
    - Er der brug for at inddrage ad hoc kompetencer og viden for at kunne indarbejde forslag til ændringer om temaet i SAM:BO-aftalen.
- Foråret 2023: På baggrund af workshoppen udarbejdes en uddybende tids- og procesplan
- Sommer/efterår 2023: Der udarbejdes et høringsudkast til revisionen.
- Efteråret 2023: Revisionsgruppen forelægger sit revisionsforslag for den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe, der videresender forslaget (høringsudkastet) til godkendelse i Følgegruppen for Behandling og Pleje. Høringsudkastet skal tillige godkendes i Strategisk Sundhedsstyregruppe.
- Ultimo 2023: Endelig godkendelse, efter endt høring behandler Revisionsgruppen de indkomne høringssvar og træffer beslutning om endelig indstilling/godkendelse af ændringer i SAM:BO-aftalen. Den endelige beslutning om godkendelse af ændringer i SAM:BO-aftalen skal ligeledes godkendes af Følgegruppen for Behandling og Pleje samt Strategisk Sundhedsstyregruppe.
- 2024: Det forventes, at de reviderede forløb kan implementeres i løbet foråret 2024, hvor de nye MedCom-standarder tillige implementeres.

Revisionsgruppens sammensætning

Følgegruppen for Behandling og Pleje nedsætter en revisionsgruppe bestående af følgende fagligheder:

- En kommunal repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for somatikken
- En kommunal repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for socialpsykiatrien
- En regional repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for somatikken
- En regional repræsentant med indgående kendskab til SAM:BO-aftalen inden for psykiatrien
- En regional repræsentant med indgående kendskab til MedCom standarderne
- En regional sekretær
- En kommunal sekretær

Revisionsgruppen har desuden mulighed for løbende at inddrage ad hoc kompetencer til kvalificering af arbejdet.

De indmeldte repræsentanter til revisionsgruppen skal have indgående faglig viden og erfaring i forhold til anvendelse af SAM:BO-aftalen.

Tidsforbruget på opgaven estimeres til at være to til tre heldagsmøder (09.00 – 15.00) i foråret samt fem til seks heldagsmøder (09.00 – 15.00) i efteråret.

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Bilag

Notat om evaluering af SAM:BO

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Afdeling/
Følgegruppe:
Journal nr.: 22/35648
Udarbejdet af: Annette Weng, Anette Kidholm Filtenborg
E-mail: avw@rsyd.dk, aneki@vejen.dk
Telefon: 29201007

Dato: 02-11-2022

Notat om evaluering af SAM:BO forløb 0-5

Baggrund

Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har gennem det seneste års tid drøftet nødvendigheden af en evaluering af SAM:BO-aftalen. Opgaven er ligeledes italesat af Følgegruppen for behandling og pleje, som SAM:BO-gruppen refererer til.

Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe besluttede på mødet den 10. februar 2022, at der skulle foretages en evaluering af SAM:BO. På baggrund af erfaringer fra den audit, der havde været foretaget på OUH, var den umiddelbare forventning, at SAM:BO-aftalen ikke nødvendigvis skulle underkastes en større revidering, men at meget ville kunne løses ved at fokusere på re-implementering af aftalen såvel regionalt som kommunalt.
Desuden skulle grundig oplæring af nye medarbejdere og brush-up-kurser for nuværende medarbejdere være et redskab til at understøtte re-implementeringen.

SAM:BO-gruppen besluttede desuden, den 10. februar 2022, at man ville starte med en evaluering af de somatiske forløb (0-5), mens de socialpsykiatriske forløb skulle evalueres efterfølgende. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som udarbejdede en række spørgsmål til P/SOF-erne, for at få belyst, hvilke udfordringer vi har med SAM:BO, samt hvad vi mangler i beskrivelserne i de nuværende forløb. Desuden skulle det generelt meldes ind, hvad det er, der giver udfordringer i relation til samarbejdet. Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter: Tove Larsen, Sygehus Sønderjylland, Susanne Magaard, Psykiatrisygehuset, Lea Qvist Jensen, Esbjerg Kommune, Anette Filtenborg, Vejen Kommune og Annette Weng, Tværsektorielt Samarbejde – de to sidstnævnte som sekretærer for gruppen.

Evalueringens fokus samt spørgsmålene

Den 21. april blev der skrevet ud til samtlige PSOF- og SOF-sekretærer med anmodning om at bistå med at sikre besvarelsen af evalueringsspørgsmålene. Der blev anmodet om at involvere såvel medarbejderniveauet som ledelsesniveauet i besvarelsen samt at der om muligt blev fremsendt ét tværsektorielt svar.

Det blev desuden oplyst, at forventningen var, at evalueringen alene skulle munde ud i en revision af SAM:BO i forhold til de mest påtrængende behov, eftersom der i løbet af et par år vil blive behov for endnu en revision samt justering af en række formuleringer i relation til implementeringen af de nye MedCom-standarder.

De fremsendte spørgsmål faldt i to kategorier. Den første del af spørgsmålene handlede om revidering af forløbene, medens anden del handlede om implementeringen, og hvorledes man sikrer, at medarbejderne er i besiddelse af de rette kompetencer for at anvende samarbejdsaftalen.

Desuden havde vi et særligt fokus på den tidsmæssige udstrækning af forløbene – både de meget korte samt de meget lange forløb. Vi skrev således:

> "*I forhold til en kommende revision, er vi særligt nysgerrige på de accelererede forløb under 48 timer. Det er vi af den grund, at vi ofte hører udsagn om, at SAM:BO-forløbene stammer fra en tid, som ikke tager højde for udviklingen og nutidens meget korte og accelererede forløb.*
> *Desuden er der i forbindelse med den nyligt vedtagne akutplan udstukket en opgave i forhold til at få afdækket, om den digitale kommunikationen er tilstrækkelig/kan optimeres omkring patienter, der er indlagt mindre end 48 timer eller slet ikke indlægges.*
>
> *Et andet fokus i forbindelse med evalueringen er de meget lange indlæggelser. I den rådgivende SAM:BO-gruppe har vi tidligere drøftet, hvilke udfordringer det giver i forhold til, at plejeforløbsplanen skal sendes inden for 48 timer efter indlæggelse*."

SPØRGSMÅL:
Revidering:

1. Oplever I, at beskrivelserne i SAM:BO stemmer overens med de virkelige arbejdsgange i jeres dagligdag? Dvs. gør I det, der står i samarbejdsaftalen? Hvis svaret er nej, så uddyb gerne hvad der bliver gjort anderledes og hvorfor?
2. Er der arbejdsgange, som mangler at blive beskrevet i SAM:BO? Hvis ja, så angiv hvor der mangler beskrivelser og kom gerne med forslag til arbejdsgangen.
3. Har I konkrete forslag til revideringen af forløb 0-5? Forslagene skal begrundes.

Implementering:

1. Hvad ser I som den største udfordring i forhold til implementeringen og efterlevelsen af aftalerne i SAM:BO?
2. Hvordan kan vi styrke implementeringen og efterlevelsen af aftalerne i SAM:BO?
3. Har I en fast procedure for, hvorledes nye medarbejdere introduceres til/oplæres i SAM:BO?
4. Udbyder I undervisning i SAM:BO med jævne mellemrum?
5. Kunne I have et ønske om, at der bliver udarbejdet E-learningsmateriale om SAM:BO?
6. Er der udpeget SAM:BO-nøglepersoner og fungerer de som "særlige kompetencepersoner", de øvrige medarbejdere kan sparre med?

Besvarelserne

Der er kun SOF Sønderjylland, der har fremsendt et tværsektorielt høringssvar. De øvrige samordningsfora har fremsendt individuelle svar fra henholdsvis sygehuset og kommunerne i området. For så vidt angår besvarelserne fra sygehusene, er der vedhæftet svar fra flere afdelinger og ambulatorier på det enkelte sygehus, lige som der for flere af kommunernes vedkommende er fremsendt

svar fra såvel visitationen som sygeplejen/ældreområdet. Samlet set er der modtaget i alt 26 besvarelser.

Gennemgående temaer i tilbagemeldingerne

Tilbagemeldingerne peger generelt på en række tilbagevendende temaer både i forhold til de tre indledende revideringsspørgsmål samt i forhold til implementeringsspørgsmål 1 og 2.
Følgende temaer går igen i besvarelserne:

- Klart behov for reimplementering af samarbejdsaftalen – manglende kendskab til såvel grundprincipper samt indholdet i de enkelte forløb
- Plejeforløbsplaner
    - udfordringer ift. den tidsmæssige udstrækning (både meget lange og korte forløb)
    - usikker FUS-dato (forventet udskrivningsdato)
    - kvalitet i informationerne (præcisering af ydelse)
    - indholdet i plejeforløbsplanerne, herunder nye ønsker om hygiejne og smitte
    - ønske om skabelon til sygeplejefaglige indsatser
    - rette vurdering af borgerens funktionsevne
- Hjælpemidler – herunder udbringning og installering
- Bolig- og adgangsforhold
- Dobbelt dokumentation ift. koordinationsplaner/psykiatri.
- Kvalitet i kommunikationen generelt, herunder tema om ”lånesenge”, inhabile borgere, særskilt forløbsbeskrivelse for borgere på FAM m.m.

Reimplementering af aftalen

Langt hovedparten af de uhensigtsmæssigheder, udfordringer og mangler, der beskrives i svarene, vil kunne imødegås og bedres ved en reimplementering af samarbejdsaftalen.

Der viser sig et meget entydigt og generelt billede af, at samarbejdsaftalen og dens grundprincipper er mangelfuldt implementeret såvel på sygehusene som i kommunerne. Den relationelle koordinering er mangelfuld, og mange medarbejdere har ikke et noget klart billede af hvilke oplysninger, samarbejdsparten har behov for. Dette gælder både i forhold til de tværfaglige samarbejdspartnere i egen sektor og i forhold til det tværsektorielle samarbejde. En kommune skriver eksempelvis, ”*den største udfordring ift. er, at SAM:BO ikke er implementeret fuldt og helt, og at efterlevelsen af aftalen afhænger af den enkelte medarbejders kendskab til SAM:BO i det aktuelle forløb.”*

Flere giver udtryk for, at lægerne ikke kender til SAM:BO, hvilket er meget uhensigtsmæssigt, eftersom det er dem, der fastsætter forventet udskrivelsesdato. Der er desuden tilkendegivelser om, at man ikke udnytter de enkelte faggruppers kompetencer i tilstrækkelig grad, da det som oftest kun er sygeplejersker eller endog udpegede nøglemedarbejdere, der har kendskab til samarbejdsaftalen.

Endelig er der mange besvarelser, som fokuserer på, at samarbejdsaftalen indeholder rum for fortolkning. Flere angiver, at de ønsker sig klarere og mere konkrete regler. Dette er yderst svært at honorere, eftersom samarbejdsaftalen er dialogbaseret og i mange tilfælde handler om, at man skal finde et kompromis, som giver mening for såvel borger, sygehus og kommune. Den eneste måde, at

sikre en fælles forståelse af det dialogbaserede, er ved fortløbende at italesætte SAM:BO-aftalens indhold og grundprincipper, at handle efter dem og at sikre, at de også er implementeret på ledelsesniveau.

En kommune udtrykker ovenstående meget præcist, idet de anfører: "*I SAM:BO-aftalen er der lagt op til dialog sektorerne imellem, og mange sætninger giver anledning til fortolkning, alt efter hvor man er ansat. Det, man måske ikke har været opmærksom på, er, at dem man beder skabe dialogen, er de medarbejdere, som får ordre oppefra, og disse ordrer stemmer sjældent overens med SAM:BO aftalen*."

En anden kommunal aktør skriver: "*Vi kan godt mærke, at SAMBO skal gen-introduceres, og det gælder både i vores egen organisation og hos vore eksterne samarbejdspartnere. Det gælder både overholdelsen af de formelle aftaler, så som tidsfrister og data, men også kvaliteten af leveret data.*"

Plejeforløbsplaner – udfordringer i relation til den tidsmæssig udstrækning samt forventet udskrivningsdato

I forhold til plejeforløbsplaner ses der at være en gennemgående udfordring i relation til tidsperspektivet. Det gælder både i forhold til de meget langvarige indlæggelsesforløb og i relation til de meget korte og accelererede forløb.

I forhold til de meget tunge og langvarige forløb stilles der spørgsmålstegn ved værdien af, at der skal sendes en plejeforløbsplan indenfor 48 timer. Dette skal ses i sammenhæng med, at det ofte vil være vanskeligt eller umuligt at fastsætte en forventet udskrivningsdato. Et sygehus skriver således: "*Det er ofte meget svært at vurdere/vide, hvornår en patient er klar til udskrivelse, når det drejer sig om længerevarende indlæggelser. Men da det skal angives indenfor 48 timer medfører det ofte, at datoen for udskrivelse rykkes mange gange. Dette frustrerer kommunerne. Det kunne være godt, hvis reglen om udskrivelse ikke gjaldt galt for længerevarende forløb (flere uger), og hvis de 48 timer først gælder fra det tidspunkt, hvor patienterne indlægges på sengeafdelingerne.*"

I det meget korte indlæggelsesforløb, er sygehuset udfordret af, at der ikke altid er tid til at foretage en tilstrækkelig vurdering af funktionsevnen, ligesom funktionsevnen kan ændres sig efter fremsendelse af plejeforløbsplanen. Enkelte kommuner efterspørger sågar plejeforløbsplaner ved indlæggelsesforløb under 48 timer. Et sådan ønske kan være relevant men svært at honorere, jfr. udfordringerne ovenfor.

En anden generel udfordring er de sager, hvor der skal laves skal laves APV eller vælges leverandør hos borgeren. Såfremt kommunen modtager plejeforløbsplanen med færdigbehandlingsdato 1-2 dage før udskrivelse, så giver det naturligvis udfordringer i relation til tidsperspektivet.

Desuden er der rigtig mange tilbagemeldinger, som drejer sig om andre udfordringer ved fastlæggelse af forventet udskrivningsdato. Her er der både et aspekt i forhold til det tværfaglige samt i forhold til relationel koordinering og forståelse for hinandens arbejdsforhold. Disse temaer falder derfor også ind under det første tema om en reimplementering af aftalen. En aktøre anfører eksempelvis: "*Det tvær-sektorielle samarbejde besværliggøres af afdelingens manglede tværfaglige samarbejde, viden om og anerkendelse af SAM:BO-aftalen.*"

Et andet eksempel lyder således: "*Mange forskellige faggrupper er involveret i afklaring, løsning og behandling af en patients problemstillinger og indlæggelsesforløb. Det er en tværfaglig opgave og alle*

faggruppers oplysninger er nødvendige for at kunne udfærdige og afsende plejeforløbsplaner rettidigt og med de nødvendige oplysninger."

Afslutningsvis kan det tillige nævnes, at en aktør foreslår, at der ikke skelnes mellem forløb hhv. over og under 48 timer, men at man har en SAMBO-aftale, der dækker samtlige forløb, som kræver tværsektorielt samarbejde ved væsentlige ændringer i patientens funktionsevne, hvorfor der altid sendes en plejeforløbsplan.

Plejeforløbsplaner – indhold samt kvalitet i informationerne

En stor del af tilbagemeldingerne drejer sig om, at informationerne i plejeforløbsplanerne er utilstrækkelige. Det kan således både dreje sig om mangelfulde beskrivelser, manglende præciseringer samt nye ønsker til indholdet i plejeforløbsplanen, herunder bl.a. i relation til hygiejne og smitte.

Det er altafgørende, at indholdet i kommunikationen er af en kvalitet, så det skaber den værdi for modtageren. Det er det, som er hele formålet med samarbejdsaftalen. Flere har i forbindelse med evalueringen fremhævet, at der ofte er for lidt god (brugbar) information i plejeforløbsplanen, der er kommunens værktøj til planlægning af modtagelsen af borgeren. Der mangler ofte informationer og detaljer, som gør det muligt for de kommunale medarbejdere at handle.

Følgende angives som eksempler på vigtig viden, som ofte ikke er videregivet:

- Ved sår – der oplyses ikke om sårets størrelse. Sygeplejen ved derfor ikke hvilken størrelse plaster der skal tages med.
- Ved kateter - hvad er planen - én gang?
- Ved medicin - ofte oplyses ikke om, at enkelte medikamenter ikke er givet på sygehuset, og at borgeren dermed ikke har fået den pågældende medicin under indlæggelsen.
- Hvis borgeren er vurderet til at have brug for hjælp til medicin, men har takket nej, så er det en vigtig oplysning til sygeplejen, at sygehuset har vurderet, at der er behov.

I besvarelserne ses også et gennemgående tema i relation til, at sygehuset ikke altid skelner mellem medicin administration og medicindispensering. De anvender ofte formuleringen, at borgeren har behov for hjælp til medicin, hvilket er upræcist.
De ovenstående eksempler giver anledning til alt for mange afklarende telefonopkald fra kommune til sygehus.
Også gruppen af bariatriske borgere nævnes som et eksempel, hvor kommunerne har en særlig udfordring, og hvor man ønsker sig et klarere indhold samt gerne et tidligere varsel om udskrivning.

Plejeforløbsplaner – skabelon til de sygeplejefaglige indsatser

I forhold til indholdet i plejeforløbsplanen peger flere aktører også på, at der er plads til forbedring ift. opbygningen, ligesom der efterspørges en skabelon til de sygeplejefaglige indsatser. En aktør skriver således: "*Sygeplejerskerne får ikke sufficient data. Genoptræningsplanerne er meget mere udførlige end plejeforløbsplanerne. Det kan se ud til, at det er en kopi af epikrisen. De data sygeplejerskerne savner er netop på behandlingsdelen, som i dag opleves utilstrækkelig. Data, som skulle komme i en plejeforløbsplan, får vi i en korrespondance."*

En anden aktør skriver, at servicelovs- og sundhedslovsindsatser bliver leveret og læst af forskellige leverandører og myndigheder og anfører videre: ”*Dette er meget farligt idet specialiseret sygepleje såsom IV, parenteral ernæring, smerte- og kemopumper osv. ofte bliver mangelfuldt beskrevet. En plejeforløbsplan bør kun indeholde personlig pleje og praktisk bistand efter serviceloven – læses og bevilges af en visitator.*
Sygepleje bør have sin egen skabelon ligesom genoptræningsplanerne har, da de læses af sygeplejersker og sygeplejefaglige visitatorer og skal udfyldes meget mere grundigt af hensyn til patientsikkerheden, end de bliver i dag. En plejeforløbsplan med sygeplejeindsatser som de ovenover beskrevne, kræver at en sygeplejerske bruger lang tid på koordinering, ringer ind på afdelingen for at få flere oplysninger. Vi har i vores kommune lavet ”fraser”, som sendes ind til udskrivende afdeling, som de bedes svare på, fordi der er mange uafklarede forhold vedr. remedier, materialer, behandlingsansvar osv. som en plejeforløbsplan slet ikke favner. Dette kunne lige så godt ligge i en fast skabelon for sygepleje, og så afskaffe korrespondancer og udskrivelsesrapporter med en masse prosa.”

Plejeforløbsplaner - korrekt vurdering af funktionsevne
I forlængelse af temaet om kvalitet i informationerne i plejeforløbsplanerne kan der også nævnes et gennemgående underliggende tema, der handler om spørgsmålet om en korrekt vurdering af borgernes funktionsevne. Det har igen sammenhæng til spørgsmålet om den tidsmæssige udstrækning og såvel de meget korte som de meget lange forløb. Konkret påpeger flere aktører, at vurderingen af funktionsevnen er utilstrækkelig – altså mangelfuld.

Problemstillingen gør sig særligt gældende ved de ukendte borgere. Sygeplejen skriver, at de ofte oplever at få borgere hjem, som har brug for hjælp, men hvor sygehuset har vurderet, at der ikke er brug for hjælp. De anfører, at vurderingen synes baseret på sygehusets handicapvenlige faciliteter og ikke på ”Fru Jensens hjem”.

Plejeforløbsplaner – konkrete forslag ift nyt indhold
I forhold til plejeforløbsplanen foreslås konkret følgende nye elementer:

- Indlæggelsesårsag
- Nuværende boligsituation – er der udfordringer i hjemmet, som skal forsøges afhjulpet under indlæggelsen såsom hovedrengøring
- Boligens adgangsforhold
- Er borgeren bariatrisk, og der er behov for koordinering af special transport, specielle hjælpemidler m.m.?
- Fast felt i forhold til højde og vægt
- Beskrivelse af kost og smitte
- Hygiejne og smitte (konkret forslag – men er det ikke i forhold til indlæggelsesrapport?)

Hjælpemidler
En anden gennemgående udfordring er de sager, hvor der skal leveres hjælpemidler til borgeren, for at han/hun kan udskrives.

Et sygehus skriver: ”*Det er problematisk at man ofte skal vente flere dage på afvikling af APV-besøg, samt levering af hjælpemidler, for at kunne udskrive patienter som ellers er hurtigt færdigbehandlet. Det forlænger indlæggelserne. Det ville være ønskværdigt, at der udleveres hjælpemidler alle ugens dage.*
I forhold til hjælpemidler udgør de bariatriske borgere en særlig udfordring. Her er der typisk ikke tilstrækkelige hjælpemidler, og derfor kan der være brug for mere konkrete oplysninger om, ”hvordan en borger er bariatrisk”. Dette har stor indflydelse i forhold til, hvilken type hjælpemidler der er nødvendige, da de ofte kan bruge en del af de normale hjælpemidler. Der er også et issue i.f.t. bariatriske borgere og special transport.

Bolig- og adgangsforhold
I direkte forlængelse af temaet vedrørende udfordringer relateret til hjælpemidler, så ses der også en gennemgående udfordring i relation til boligens indretning og adgangsforhold.
Et af sygehusene skriver således: *Vi har en stor udfordring med de patienter, der sendes hjem i kørestol, som ikke må støtte på foden og ikke kan gå på trapper. Her skal der oftest være APV besøg. Dog forholder terapeuterne de sig ikke til adgangsforholdene. Deres opgave fokuserer udelukkende på, om patienten kan komme rundt i huset -dvs. fra dørtrinet og ind. Det giver store problemer med eks. Flextrafik, trappetjenere m.m.*”

Den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har allerede tidligere konkluderet, at det er vigtigt, at de, der kender hjemmet, tidligt i forløbet giver sygehuset oplysninger om forhold i hjemmet, herunder adgangsforholdene, så der kan tages højde herfor i sygehusets planlægning og forberedelse af udskrivelsen. Samtidig er det vigtigt, at sygehuspersonalet, i forbindelse med planlægningen af udskrivelsen (udskrivningssamtalen), spørger ind til adgangsforholdene i borgerens hjem. Her kan både borger og pårørende bidrage, og såfremt kommunen er i besiddelse af oplysninger, har de også en forpligtelse til at bidrage hermed.

Den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe har allerede tidligere besluttet, at der i forbindelse med den kommende revision af SAM:BO-forløbene skal sikres et generelt fokus på kommunikationen om boligforhold og at man i SAM:BO-forløbene skal præcisere, at dialogen om boligforhold skal indledes så tidligt som muligt.

Dobbeltdokumentation i forhold til koordinationsplaner på det psykiatriske område
I forhold til besvarelsen fra Psykiatrisygehuset er der et særligt fokus på, at det opleves som dobbelt dokumentation, at der skal sendes såvel en udskrivningsrapport, når der i de fleste indlæggelsesforløb også udarbejdes og sendes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.
Det er et dilemma, som fylder meget, og som har været rejst i forbindelse med en række møder i SOF-regi, hvorfor det vurderes, at der skal kigges nærmere på eventuelle løsningsmuligheder. Området er dog ikke ukompliceret, eftersom det vil involvere nyt lovgrundlag (psykiatrilovgivningen) ud over sundheds- og servicelov.

Fravalg af genoplivning – registrering og videregivelse af oplysningen

Flere aktører nævner, at det er uklart, hvor man skal registrere en borgers ønske om fravalg af genoplivning, mhp at sikre, at oplysningen/ønsket videregives til relevante samarbejdspartnere. Det bør således også være et af de temaer, som en arbejdsgruppe i forhold til evaluering kigger nærmere på.

Kvalitet i kommunikationen generelt, herunder bl.a. i forhold til "lånesenge"

Der ses tillige at være en opgave i at styrke den gode kommunikation helt generelt. En aktør påpeger bl.a., at der mangler arbejdsgange for kommunikation, når borgeren, grundet pladsmangel på sygehuset, ligger i "låneseng" på en anden afdeling. Sygeplejersken får så kontakt til den afdeling hvor borgeren ligger fysisk, men hvor personalet ikke kender noget til borgerens forløb. Det påpeges også, at der savnes præcise arbejdsgange for informationsudvekslingen vedr. inhabile borgere (handicap, demens mv.). Der er ønske om, at det specificeres i SAMBO-aftalen, at kommunen skal videregive /medsende oplysninger i tilfælde af at borgeren ikke er habil til at give samtykke. Endelig nævner et par kommuner, at de ønsker et større fokus på, at der kan anføres et konkret udskrivelsestidspunkt – og ikke blot en dato.

Konkret er der også en kommune, som har fremsat et ønske om en særskilt forløbsbeskrivelse for borgerens ophold i FAM, hvor kommunen i dag ikke får nogen besked, selv om borgeren kan være indlagt i op til 3 dage. Det forventes imidlertid, at dette er en udfordring, der kan løses, når vi implementerer de nye MedCom-standarder.

Introduktion af nye medarbejdere

I forbindelse med implementeringsspørgsmålene er der spurgt ind til, hvorvidt der er en fast procedure for, hvorledes nye medarbejdere introduceres til SAM:BO. Blandt de indkomne svar er der i alt 11, som svarer, at de ikke har en fast procedure for oplæring, medens 20 siger, at det har man. Opgørelsen viser, at alle hovedsygehusene har en fast procedure for oplæring. Det er med andre ord i kommunerne, der ses det største potentiale for at få en fast procedure for introduktion til SAM:BO. Yderligere tegner der sig et billede af, at man i visitationen i kommunerne er bedre til at sikre introduktion til nye medarbejdere, end man er i sygeplejen. Flere svarer, at introduktion til SAM:BO er en fast del af introduktionsprogrammet for nye medarbejdere.

Løbende undervisning i SAM:BO

I forbindelse med implementeringsspørgsmålene er der desuden spurgt ind til, hvorvidt der med jævne mellemrum udbydes undervisning i SAM:BO. Her er der i alt 6, som svarer ja, medens 22 svarer, at man ikke udbyder undervisning på nuværende tidspunkt. Blandt de 22 har 1 kommune og 1 sygehus svaret, at man tidligere har haft et fast undervisningstilbud, som dog er ebbet ud i forbindelse med corona-epidemien

På Sygehus Sønderjylland afholdes der jævnligt tværgående grundkurser, hvilket der er gode erfaringer med. OUH udbyder netværksmøder og temadage 4 gange årligt, hvor der undervises i SAM:BO. Desuden har Psykiatrisygehuset et fast undervisningstilbud. (Er det mon en fejl, at der ikke er et svar herpå fra SVS?)

I et fremtidigt udviklingsøjemed peger flere på, at det ville være optimalt med tværsektorielle undervisningsforløb. Måske en oplagt mulighed for de nye sundhedsklynger?

E-læringsmateriale om SAM:BO

I forbindelse med implementeringsspørgsmålene er der endelig spurgt ind til, hvorvidt der kunne være ønske om, at der blev udviklet E-læringsmateriale om SAM:BO.

Her svarer langt de fleste, at det ville være en god ide. Der er imidlertid flere, som hæfter sig ved, at e-læringsmateriale ikke kan stå alene, men at det skal suppleres med undervisning og tværsektoriel dialog.

På Neurologisk Sengeafdeling N og NR OUH og Svendborg er der allerede udviklet en form for e-læringsmateriale. Det oplyses dog, at dette kun er en kopi af PowerPoints af selv forløbsbeskrivelse, hvorfor det anføres, at det ikke har den store værdi.

SAM:BO-nøglepersoner

I forbindelse med implementeringsspørgsmålene er der afslutningsvist spurgt ind til, hvorvidt der er udpeget SAM:BO-nøglepersoner og om disse fungerer som ”særlige kompetencepersoner”, de øvrige medarbejdere kan sparre med.

Her svarer 21 ja, medens 8 svarer nej. En par af de positive besvarelser supplerer dog med, at det nok godt kunne trænge til et fornyet fokus.

Det står ikke fuldstændigt tydeligt i hvor høj grad de udpegede nøglepersoner også fungerer som sparringspartnere lokalt.

Opsamling og den videre proces

Som beskrevet i notatet her, peger tilbagemeldingerne på, at der er en række temaer, som bør indgå i den videre revidering af SAM:BO-aftalen. Det er temaer, som omhandler selve indholdet i SAM:BO-aftalen, samt temaer som omhandler behovet for at nytænke implementeringen.

Notatet her er blevet drøftet på et møde i den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe d. 1. september. På mødet blev det besluttet at;

- En lille arbejdsgruppe bestående af fem repræsentanter fra den rådgivende tværsektorielle SAM:BO-arbejdsgruppe gennemgår SAM:BO-aftalens forløb 0-5 i forhold til de mindre rettelser og præciseringer, som umiddelbart kan gennemføres, uden det kræver en større revision. Rettelserne og præciseringerne indarbejdes.

- Den lille arbejdsgruppe kommer endvidere med en vurdering af, hvilke emner fra evalueringen, der først kan indarbejdes i forbindelse med en mere indgående revision, hvor også de nye MedCom-standarder indarbejdes. Dette forventes at skulle ske i foråret 2024.

- Den lille arbejdsgruppe udarbejder et forslag til et kommissorium for en kommende arbejdsgruppe til den indgående revision af SAM:BO-aftalens forløb 0-5. Med udgangspunkt i de emner, som er meldt ind i, vurderes det, at medlemmerne i den kommende revisionsgruppe skal have en indgående faglig viden og erfaring i forhold til arbejdet med SAM:BO-aftalen. I kommissoriet skal det beskrives, hvilke fagligheder der er behov for fra såvel kommuner som regionen.

- Revisionsgruppen skal, med udgangspunkt i oplægget fra den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe, arbejde med de emner, der er beskrevet som værende særligt udfordrende og som kræver en egentlig revision i forhold til indholdet i SAM:BO-aftalen. Revisionsgruppen skal levere et forslag til, hvorledes forløbene 0-5 kan revideres. Revisionsgruppen har ligeledes ansvaret for at indarbejde de ændringer, der skal til i forbindelse med implementeringen af de nye MedCom standarder. De to revisionsopgaver skal koordineres med hinanden. Det forventes at revisionsgruppen kan præsentere et forslag i første halvår af 2024.

Den lille arbejdsgruppe, som skal levere opgaverne i de tre første dots, har besluttet, at deadline for arbejdet er d. 1. marts 2023, hvor det skal forelægges den samlede tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe til videre drøftelse og godkendelse, inden det godkendes i Følgegruppen for behandling og pleje.

På baggrund af drøftelsen i den tværsektorielle rådgivende SAM-BO arbejdsgruppe er det værd at bemærke følgende;

- Den tværsektorielle rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe ønsker tydeligt at italesætte kravet om implementering, der er en løbende udfordring. Vi kan også italesætte en reimplementering eks. i form af fælles undervisning. Men der skal samtidigt være en forventning om, at de enkelte organisationer sikrer den fortsatte introduktion til nye medarbejdere. Ledelsen er forpligtiget til at holde fokus på SAM:BO-aftalen og kendskabet hertil.

- Som en del af det videre arbejde med at reimplementere aftalen anbefales det at se på, hvordan der kan skabe en fælles forståelse af, hvad de forskellige medarbejdergrupper/faggrupper forventes at vide omkring SAM:BO-aftalen.
- Ligeledes er der brug for at tydeliggøre, at SAM:BO-aftalen er et dialogredskab, hvor aftalerne kan fortolkes. Det kræver en dialog og en respekt omkring hinandens opgaver og omkring den enkelte patient. Nogle af de emner, som er nævnt i evalueringen, kræver ikke én revision af SAM:BO, men derimod en løbende dialog mellem kommuner og sygehuse omkring de udfordringer, som opleves i hverdagen eks. samarbejdet omkring hjælpemidler.

Godkendelse af sager til det kommende møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe (formentligt virtuelt i juni 2023) (SSS)

RESUMÉ

Idet Strategisk Sundhedsstyregruppe har besluttet at konvertere det ordinære møde den 24. maj 2023 til et 12-12-seminar, arbejdes der pt. på at afvikle et virtuelt møde af ca. en times varighed i løbet af juni måned, hvor de sager, der efter planen skulle behandles i maj, kan dagsordenssættes.

Nedenfor følger en oversigt over de punkter, der forventes at skulle behandles på dette møde.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Ingen bemærkninger.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager sagen til orienteringen

INDSTILLING

Koordinationsgruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Godkender, at punkterne dagsordenssættes på et virtuelt møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe i juni 2023

SAGSFREMSTILLING

Følgende punkter forventes dagordenssat på mødet i Strategisk Sundhedsstyregruppe i juni måned:

- Opsamling på møde i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023
- Opsamling på 12-12 seminar i Strategisk Sundhedsstyregruppe vedr. den fremtidige organisering på sundhedsaftaleområdet
- Status på Sundhedsaftalen 2019-2023 i forhold til de nationale mål inklusiv opsamling på årsmøde mellem følgegrupper, kompetencegrupper og Strategisk Sundhedsstyregruppe (hvis det ikke dagsordenssættes på 12-12-seminaret)
- Drøftelse af ny platform for casekataloget (behandlingsredskaber og hjælpemidler)
- Godkendelse af sager til det kommende møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe
- Godkendelse af sager til det kommende møde i Sundhedssamarbejdsudvalget
- Øvrig gensidig orientering
- Skriftlig orientering om status fra Fælles Telemedicin i Syd
- Skriftlig orientering om formandsgodkendte sager

Godkendelse af sager til det kommende møde i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023 (SSS)

RESUMÉ

Punktet indeholder en liste over de sager, der forventes at skulle behandles på det kommende møde i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

På det kommende møde i Sundhedssamarbejdsudvalget er det fastlagt, at temadrøftelsen skal være hjemmebehandling. Denne temadrøftelse har de kommunale medlemmer af Sundhedssamarbejdsudvalget peget på, at de ønskede til drøftelse, og her var det særligt vinklen med opgaveglidning, de fandt interessant.

Formandskabet for Sundhedsdirektørkredsen ønsker, at Sundhedssamarbejdsudvalget også drøfter indlæggelse i eget hjem, og hvad Regionen gør sig af overvejelser om behandling i eget hjem, så politikerne kan få en forståelse for hvilken virkelighed, der venter.

INDSTILLING

Det indstiller, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager sagen til orienteringen

INDSTILLING

Koordinationsgruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Drøfter indhold til den kommende temadrøftelse om hjemmebehandling
- Godkender, at ovenstående punkter dagsordenssættes på mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023

SAGSFREMSTILLING

Følgende punkter forventes dagordenssat på mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 8. maj 2023:

1. Godkendelse af høringsversionen af Sundhedsaftalen 2024-2027
2. Gensidig orientering fra sundhedsklyngerne
3. Temadrøftelse om hjemmebehandling*
4. Godkendelse af samarbejdsaftale for børn, unge og gravide med overvægt
5. Skriftlig orientering om høringssvar fra Sundhedssamarbejdsudvalget til regionens forslag til omorganisering af børne- og ungdomspsykiatrien
6. Øvrig gensidig orientering

**uddybende forslag til temadrøftelsen om hjemmebehandling*

Hvad gør vi allerede på området? Har vi en samarbejdsaftale?	Hvad er de væsentligste udfordringer?	Relevante oplægsholdere

Syddanmark har vi en del aftaler om hjemmebehandling, blandt andet: • Peritonealdialyse i eget hjem • Behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem • Blodprøvetagning i eget hjem • IV-behandling i nærområdet	Flere og flere borgere behandles i eget hjem. Dette sker både som svar på et ønske fra borgerne selv, men det sker også i høj grad som en del af den nationale tendens, hvor man ønsker at flytte behandlingen fra sygehus til hjem. I takt med, at der bliver færre sengepladser og behandlingsformerne bliver mere avanceret, er det en nødvendighed, at flere behandles i eget hjem. Gevinsterne er, at det kan skabe mere bedre og mere trygge rammer for patienten, og at der kan frigives plads på sygehusene. Ulemperne kan være, at det skaber det modsatte, hvis ikke behandlingen i eget hjem er gennemtænkt, og hvis ikke der er afsat de rette ressourcer og kompetencer til at håndtere opgaven	Patientperspektivet: ved at invitere formand for Danske Patienter med ind. Det kunne også være relevant at invitere vores egne patient- og pårørenderepræsentanter med ind på mødet til den drøftelse. Forskningsvinkel: medforfattere af den videnskabelige udgivelse: ”Når hospitalet flytter hjem: en undersøgelse af patienters oplevelse af at være indlagt i eget hjem”, Gitte Sylvester Jensen, Michala Eckhardt (UCSyd) Oplæg med perspektiver fra de tre sektorer (kommuner, sygehuse og almen praksis) med udgangspunkt i en af de samarbejdsaftaler, vi har i Syddanmark.

Orientering om besvarelse på Socialstyrelsens Centrale Udmelding om udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling

RESUMÉ

I 2019 udsendte Socialstyrelsen en Central Udmelding for målgruppen udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug og behov for døgnbehandling. De Syddanske kommuner besvarede udmeldingen i 2020. Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse, at målgruppen har en størrelse, der gør det relevant at arbejde videre med den Centrale Udmelding. I efteråret 2022 udsendte Socialstyrelsen en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen.

Socialdirektørforum har indsendt en besvarelse på Socialstyrelsens anmodning. Konklusionen er, at samarbejdet på tværs er udbygget og virker, målgruppen er fortsat lille, og afdækningen giver ikke anledning til etablering af yderligere døgntilbud.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Socialstyrelsen kan udmelde målgrupper og særlige indsatser, hvis de mener der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommuner eller regioner for at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud.
I 2019 udsendte Socialstyrelsen en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser, for målgruppen udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling.
De syddanske kommuner besvarede udmeldingen i 2020. Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har en størrelse, der gør det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den Centrale Udmelding.

Socialstyrelsen har derfor i efteråret 2022 sendt en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen. Socialstyrelsen har anmodet kommunerne om at beskrive og komme med forslag til følgende to temaer:

1. Beskrivelse af aktuelle indsatser: Hvilke indsatser, der på nuværende tidspunkt anvendes til målgruppen, og som har et tværfagligt og helhedsorienteret perspektiv – herunder relevante tværgående organiseringer og samarbejdsaftaler indenfor og på tværs af regioner
2. Forslag til fremadrettede indsatsmodeller: Hvilke løsninger ser kommunerne på tilrettelæggelsen af fremadrettede højt specialiserede, koordinerede og helhedsorienterede indsatskonstruktioner – med inddragelse af elementer af døgnbehandling – for målgruppen.

Det Fælleskommunale Socialsekretariat har på vegne af Socialdirektørforum koordineret svaret til Socialstyrelsen - på tværs af de 22 kommuner. Socialdirektørforum godkendte svaret på møde den 20. januar 2023. KKR Syddanmark blev den 7. februar 2023 orienteret om svarskrivelsen og tog orienteringen til efterretning.

Kommunerne i Syddanmark har afdækket arbejdet omkring de gravide med misbrug igen, i henhold til Socialstyrelsens anmodning. Konklusionen er, at samarbejdet på tværs er udbygget og virker, målgruppen er fortsat lille, og afdækningen giver ikke anledning til etablering af yderligere døgntilbud.

I Syddanmark er der et velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark igennem samarbejdsaftalerne vedrørende sårbare gravide og omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus.

Det vurderes, at der ikke for nuværende er behov for yderligere samarbejdsaftaler omkring indsatserne for målgruppen. Døgntilbud til gravide anvendes ud fra en individuel vurdering af den gravides situation og behov, i den udstrækning det vurderes at være den bedste løsning. Dette sker under forudsætning af, at den gravide er indstillet på at modtage tilbuddet.

Proces
Såfremt Socialstyrelsen vurderer, at tilbagemeldingen ikke er fagligt tilstrækkelig, kan den give et driftspålæg. Et driftspålæg indebærer, at en kommune eller en region pålægges et driftsansvar for at opretholde eller videreføre et tilbud, og tilbudsstrukturen på området fastlægges dermed af Socialstyrelsen. Formålet er at sikre, at den rette viden og kompetencer er til stede over for bestemte målgrupper.

BILAG

- Besvarelse fra kommunerne i Syddanmark på Socialstyrelsens anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug

KKR Syddanmark

Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark

Besvarelse fra kommunerne i Syddanmark på Socialstyrelsens anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug

20. januar

2023

Socialstyrelsen udsendte den 26. november 2019 en Central Udmelding til landets kommunalbestyrelser med målgruppen udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser. De syddanske kommuner besvarede udmeldingen i 2020, hvoraf det fremgik at målgruppen gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser var meget lille.

Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har en størrelse, der gør det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den Centrale Udmelding. Derfor har Socialstyrelsen den 27. september 2022 sendt en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen. Det er denne anmodning, der er baggrunden for nærværende notat.

INDHOLD

1. KONKLUSION **1**
2. INDLEDNING **2**
2.1 Baggrund 2
2.2 Målgruppe 2
2.3 Proces og metode 3
3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER **4**
3.1 Formål med beskrivelsen 4
3.2 De syddanske kommuners aktuelle arbejde med målgruppen 4
3.3 De syddanske kommuners aktuelle organisering ift. indsatsen 5
4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER **6**
4.1 Formål med beskrivelsen 6
4.2 De syddanske kommuners fremadrettede faglige tilrettelæggelse og organisering af indsatsen 6
BILAG **7**

1. KONKLUSION

I Syddanmark er der et formaliseret og velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark i samarbejdsaftalerne vedrørende sårbare gravide og omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Samarbejdet står på et grundlag af gensidigt kendskab, dialoger om borgerne og fælles koordinering om indsatser til de udsatte gravide kvinder med misbrug.

Kommunerne i Syddanmark har afdækket arbejdet omkring de gravide med misbrug igen, i henhold til Socialstyrelsens anmodning. Vores konklusion er, at samarbejdet på tværs er udbygget og virker, målgruppen er fortsat lille, og vi mener ikke afdækningen giver anledning til etablering af yderligere døgntilbud.

Døgntilbud til gravide anvendes ud fra en individuel vurdering af den gravides situation og behov, i den udstrækning det vurderes at være den bedste løsning. Dette sker under forudsætning af, at den gravide er indstillet på at modtage tilbuddet. I tilfælde af døgnbehandling løses denne opgave oftest af en ekstern leverandør. Tilbuddets nærhed i forhold til bopælskommunen vægtes højt. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens succes idet tvang ikke er en mulighed i indsatserne for gravide rusmiddelbrugere.

Socialdirektørforum er dog bevidst om, at de eksterne leverandører der i dag anvendes til de få døgnophold, der trods alt etableres, - ikke rummer alle de særlige ekspertiser om gravide med misbrug, der kan være væsentlige. Vi anerkender at der kan være brug for dette i tilknytning til denne målgruppe.

I stedet for etablering af et nyt døgntilbud, anbefaler vi at der indledes dialog med de eksisterende døgntilbud om hvilke potentialer, der kan være for at dække dette faglige aspekt bedre i de eksisterende tilbud.

Socialdirektørforum i Syddanmark ser frem til den videre dialog med Socialstyrelsen.

2. INDLEDNING

2.1 Baggrund

Socialstyrelsen udsendte den 26. november 2019 en Central Udmelding om udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser. Den Centrale Udmelding indeholdt en række spørgsmål til, hvordan kommunerne i hver region planlægger og koordinerer indsatser til målgruppen. På den baggrund udarbejdede de syddanske kommuner i 2020 en fælles rapport som svarede på Socialstyrelsens spørgsmål.

De syddanske kommuner afrapporterede i 2020 følgende:

> *Der er tale om en meget lille målgruppe og det vurderes at der er et betydeligt mørketal. Grundet den meget lille målgruppe opfylder ingen af de tilbud kommunerne anvender til målgruppen Socialstyrelsens kriteriet om borgerflow og personalesammensætning for højt specialiserede. I forhold til koordination og samarbejde fremhæves det, at der samarbejdes via koordinerende møder mellem de instanser, der er relevante at inddrage: Misbrugscenter, myndighed, Jobcenter, sundhedsplejen, praktiserende læge, jordemoder, Familieambulatorie i Region Syddanmark m.fl. Endvidere fremhæves følgende aftaler mellem kommunerne i Syddanmark og Region Syddanmark m.fl.:*
>
> - *Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide*
> - *Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus*
> - *Sundhedsaftalen – en aftale om samarbejdet mellem region, kommuner og praktiserende læger*
> - *Rammeaftalen for det specialiserede socialområde mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner*
>
> *Endelig fremhæves koordineringen der sker på tværs af de 5 regioner i regi af Koordinationsforum. Hovedkonklusionen i forhold til fremadrettet at tilrettelægge en døgnindsats er, at det formodes at være yderst vanskeligt at drive et højt specialiseret tilbud, fagligt såvel som økonomisk med den meget lille målgruppe.*

Socialstyrelsen er fortsat af den opfattelse af, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug har en størrelse, der gør det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den centrale udmelding. Derfor sendte Socialstyrelsen den 27. september 2022 en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af, hvilke aktuelle indsatser kommunerne arbejder med i forhold til målgruppen, samt hvilke forslag kommunerne ser for fremadrettede indsatser til målgruppen, herunder døgnbehandlingsindsatser. Det er denne anmodning, der er baggrunden for nærværende beskrivelse.

2.2 Målgruppe

<u>Socialstyrelsens definition af målgruppen</u>

Målgruppen beskrives i den centrale udmelding som værende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder et skadeligt forbrug af enten stoffer eller alkohol. Målgruppens problemer er komplekse med både udsathed, rusmiddelforbrug og samtidig psykiatrisk sygdom. Rusmiddelforbrug og psykiatriske udfordringer kan være overlappende og kræver samtidig behandling. Det er derfor vigtigt, at indsatserne er sammentænkte og koordinerede.

Målgruppen for den centrale udmelding er af Socialstyrelsen defineret til at omfatte følgende kvinder:

- De er gravide og har et samtidigt skadeligt rusmiddelforbrug af stoffer og/eller alkohol.
- De har derudover en eller flere sociale problemstillinger som fx hjemløshed eller psykisk sårbarhed.
- De kan ikke fastholdes og hjælpes tilstrækkeligt i den ambulante misbrugsbehandling samt i den specialiserede ambulante svangeromsorg.

- De har behov for en specialiseret og intensiv døgnbehandlingsindsats, hvor de skærmes og modtager helhedsorienteret behandling og støtte.

Målgruppen for den centrale udmelding er af Socialstyrelsen defineret til *ikke* at omfatte:

- De er gravide og har et misbrug, men kan fastholdes i og profiterer tilstrækkeligt af den specialiserede ambulante svangeromsorg, der tilbydes i familieambulatorierne og i eksisterende ambulant misbrugsbehandling.

2.3 Proces og metode

Socialstyrelsen har anmodet om, at de syddanske kommuner dels beskriver deres aktuelle arbejde med at tilbyde målgruppen helhedsorienteret støtte og behandling og dels beskriver fremadrettede indsatsmodeller, som kan bidrage til den faglige dialog om tilrettelæggelse af de bedst mulige behandlingsindsatser til målgruppen. For at kunne beskrive dette arbejde har de syddanske kommuner i december 2022 via spørgeskema svaret på Socialstyrelsens spørgsmål. Ved besvarelserne er håndteringen af gravide med skadeligt rusmiddelforbrug beskrevet, og således indsatserne for en bredere målgruppe. Dette er valgt for at beskrive opgaveløsningen for gravide rusmiddelbrugere og se bort fra uenigheder om definitionen på målgruppen samt målgruppens størrelse.

I januar 2023 blev der afviklet et online-dialogmøde, med deltagelse af de personer, der havde besvaret spørgeskemaet med Socialstyrelsens spørgsmål. På mødet gav Socialstyrelsen oplæg om forløbsbeskrivelsen for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug. Dialogmødet fokuserede på anmodningens tema 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller.

Efterfølgende har der været følgende proces:

- Besvarelsen af anmodningen er behandlet på møde i Socialdirektørforum den 20. januar 2023.
- Orientering om besvarelsen i KKR Syddanmark den 7. februar 2023.

Nedenfor beskrives de syddanske kommuners aktuelle og fremadrettede arbejde med gravide med skadeligt rusmiddelforbrug med udgangspunkt i Socialstyrelsens anmodning og de to temaer heri.

3. TEMA 1: BESKRIVELSE AF AKTUELLE INDSATSER

3.1 Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:
Formålet med beskrivelsen er, at kommunerne får mulighed for at bestyrke Socialstyrelsen i, at der på nuværende tidspunkt arbejdes med højt specialiserede, koordinerede, helhedsorienterede indsatser til målgruppen, herunder også hvilke døgnbehandlingsindsatser kommunerne udvikler til målgruppen.

Kommunerne kan beskrive deres nuværende arbejde med helhedsorienteret støtte og behandling til målgruppen. Her kan kommunerne beskrive følgende områder:

1) *Karakteren af og rammerne for indsatsen (fx matrikelbunden, ikkematrikelbunden, jf. paragraffer i lov om social service m.v.)*
2) *Faglige kompetencer, der indgår i indsatsen (fx fagligheder inden for familie-, svangerskabs-, rusmiddel- og psykiatrisk behandling)*
3) *Koordination og samarbejde om indsatsen (tværfagligt, tværsektorielt og eventuelt også tværs af regioner)*

Socialstyrelsen er derudover interesseret i, at kommunerne beskriver:

4) *Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende er der etableret i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*
5) *Hvordan kommunerne eventuelt har arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatser til målgruppen?*

Nedenfor følger de syddanske kommuners svar på anmodningen om beskrivelse af tema 1.

3.2 De syddanske kommuners aktuelle arbejde med målgruppen

De aktuelle indsatser overfor gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug tager udgangspunkt i den enkelte borger og hendes situation gennem individuelt tilrettelagte indsatser. Internt i kommunerne er der et udbredt tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde, hvor der arbejdes med indsatser på tværs af fx rusmiddelbehandling, sundhedspleje, myndighed, lokalpsykiatri, støttepersoner og beskæftigelsesrådgivning.

Indsatserne ydes efter Servicelovens §§ 11, 50, 52, 82 b, 85, 101, 107 og Sundhedslovens §§ 141, 142

I forhold til eksterne samarbejder løses opgaven i et tæt samarbejde med Region Syddanmarks Familieambulatorier, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, jordemor, læge og sygeplejerske. Der er fire Familieambulatorier geografisk fordelt over hele Syddanmark.

I tilfælde af døgnbehandling løses denne opgave oftest af ekstern samarbejdspart og det vurderes, at det er vigtigt at indsatsen ligger tæt på bopælskommunen, så der i løbet af graviditeten kan arbejdes med bl.a. forældrekompetencer. Endvidere er det vurderingen at der er brug for en konkret og individuel vurdering af, hvilken døgnbehandlingsindsats, der bedst kan understøtte den gravide ift. stoffrihed. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens succes, idet tvang ikke er en mulighed i indsatserne for gravide rusmiddelbrugere.

De faglige kompetencer der indgår i indsatserne, er fx familiekonsulenter, sundhedsplejersker, jordemødre, læger i almen praksis, socialrådgivere, psykologer, rusmiddelbehandlere samt kommunal og regional psykiatri.

3.3 De syddanske kommuners aktuelle organisering ift. indsatsen

Der er indgået følgende samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen:

- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus

De tværsektorielle indsatser for målgruppen koordineres inden for rammerne af disse aftaler.

Odense og Esbjerg kommuner har indgået supplerende samarbejdsaftaler med det lokale regionale Familie-ambulatorium.

Mindre kommuner har formaliserede samarbejdsaftaler med større nabokommuner og opgaveløsningen for rusmiddelbrugere og dermed også for målgruppen.

I regi af samarbejdet mellem kommunerne og Region Syddanmark afvikles jævnligt temamøder, der er med til at opkvalificere medarbejderne på området. Lokalt i kommunerne arbejdes der generelt med kompeten-celøft til de personalegrupper, der arbejder med målgruppen.

4. TEMA 2: FORSLAG TIL FREMADRETTEDE INDSATSMODELLER

4.1 Formål med beskrivelsen

Socialstyrelsen beskriver i anmodningen, at de ønsker svar på følgende:
Formålet med at kommunerne udarbejder forslag til fremadrettede indsatsmodeller for målgruppen er at kvalificere den faglige dialog om koordinationen og udbuddet af højt specialiserede indsatser til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug.

Socialstyrelsen ønsker, at kommunernes forslag kan bidrage yderligere til den faglige dialog om tilrettelæggelsen af døgnbehandlingsindsatser til målgruppen.

Socialstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i deres forslag besvarer følgende spørgsmål:

1. *Hvordan vil kommunerne fremadrettet fagligt tilrettelægge helhedsorienterede, koordinerede og højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
2. *Hvordan vil kommunerne fremadrettet koordinere og samarbejde inden for, på tværs af og med regionerne om højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?*
3. *Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende vil kommunerne etablere i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?*

Nedenfor følger de *syddanske* kommuners svar på anmodningen om beskrivelse af tema 2.

4.2 De syddanske kommuners fremadrettede faglige tilrettelæggelse og organisering af indsatsen

Det generelle billede i Syddanmark er, en stor tilfredshed med det eksisterende og velfungerende samarbejde mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark i samarbejdsaftalerne vedrørende sårbare gravide og omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Vi oplever at såvel Socialstyrelsens opmærksomhed på målgruppen, erfaringerne omkring samarbejdet med familieambulatorierne som hele tiden udvikler sig, samt de netop udgivne forløbsbeskrivelser er et godt afsæt for viden, vidensdeling, koordinering og opmærksomhed på målgruppen.

Enkelte kommuner kan se fordele i et fremadrettet formaliseret samarbejde med et eller flere mulige døgnbehandlingssteder eventuelt gennem etablering af et fælles specialiseret tilbud og gerne i tilknytning til regionens tilbud fx omkring psykiatrien.

Der er endvidere et forslag om at udvikle og kvalificere døgntilbud til målgruppen gennem systematisk og struktureret evaluering som det er kendt fra sundhedsstyrelsens puljer omkring udvikling og kvalificering af indsatsen overfor dobbeltbelastede borgere.

BILAG

- Kommunernes svar på Socialstyrelsens spørgsmål i anonymiseret form
- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Esbjerg Kommunes lokale samarbejdsaftale
- Case 1
- Case 2
- Case 3
- Case 4
- Case 5

Kommunernes svar på ”Anmodning om beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller for udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug”

Samling af alle besvarelser

Spørgeskema

Spørgsmål 1.0
Har kommunen i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022 kendskab til, at der har været én eller flere gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug bosiddende i kommunen?
Kommune 1 Ja – 2 borgere **Kommune 2** Ja **Kommune 3** Der har været 1 aktuel sag, hvor vi I rusmiddelcenteret har været involveret, i samarbejde med Familieafdelingen og Familieambulatoriet **Kommune 4** Ja vi har kendskab til flere **Kommune 5** Ja – og mere end én. **Kommune 6** Ja, der har været flere **Kommune 7** Ja, men kun meget få. Kommune 7 er en mindre kommune, hvilket betyder at vi har relativt få tilfælde hvor en gravid har et problematisk forbrug af rusmidler. **Kommune 8** Generelt er det vores erfaring, at mødrene er stoppet med deres forbrug/ misbrug, når graviditeten konstateres og dermed inden en indsats startes op i kommunens spædbarnskoncept.

Kommune 9
Ja, kommunen har for perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022, haft kendskab til ca. fem gravide med misbrugsproblemstillinger.

Kommune 10
Kommunens Familieafdeling og Center for Misbrug og Udsatte har kendskab til to gravide med skadeligt rusmiddelforbrug i den toårige periode. Der har været en tværfaglig og tværsektoriel indsats om begge gravide/familierne efterfølgende.

Familieafdelingen har i skrivende stund modtaget underretninger på to unge gravide kvinder med massivt forbrug af alkohol og hash. Der arbejdes på at etablere kontakt til de to gravide kvinder.

Derudover er der kendskab til to unge gravide med misbrug, hvor graviditeterne blev afbrudt tidligt i graviditeten. Den ene graviditet blev afbrudt grundet misdannelser og den anden graviditet blev afbrudt spontant.

Kommune 11
Der har ikke været nogen i behandling. Ingen forespørgsler eller henvendelser herom heller.

Kommune 12
Ja

Kommune 13
Kommunen har haft kendskab til to gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022.

Kommune 14
Det har der, men vi har ikke kendskab til om det har været gennemgående i hele graviditeten, ej heller kendskab til omfanget. Vi kan dog sige at der er flere gravide som op til deres graviditet har været forbrugere af rusmidler. Voksen social har udarbejdet instruks som er benævnt ” Instruks for fokus på gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og eller andre rusmidler”. Se bilag

I Kommune 14 Misbrugscenter har der i perioden 1. januar 2021 til 1. december 2022 været en gravid kvinde med skadeligt rusmiddelforbrug, indskrevet. (Graviditeten blev afbrudt ved abort)

Kommune 15
Nej

Kommune 16
Ja. Vi har kendskab til én i Rusmiddelcenteret

Kommune 17
Ja, 1 borger som aborterede spontant i uge 6

Kommune 18
Har adspurgt vores leverandør, der mener der måske har været en enkelt.

Tema 1: **Beskrivelse af aktuelle indsatser**

Formålet med beskrivelsen er, at kommunerne får mulighed for at bestyrke Socialstyrelsen i, at der på nuværende tidspunkt arbejdes med højt specialiserede, koordinerede, helhedsorienterede indsatser til målgruppen, herunder også hvilke døgnbehandlingsindsatser kommunerne udvikler til målgruppen.

Beskrivelse af det nuværende arbejde med helhedsorienteret støtte og behandling til målgruppen:

Spørgsmål 1.1
Karakteren af og rammerne for indsatsen (fx matrikelbunden, ikkematrikelbunden, jf. paragraffer i lov om social service m.v. *Hjælpespørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:* • *Hvilke interne indsatser anvendes?* • *Hvilke eksterne indsatser anvendes?* • *Er der tale om matrikelbundne indsatser, matrikelløse indsatser eller begge dele?* • *Hvilke paragraffer hører indsatserne under (Serviceloven, Sundhedsloven e.l.)?*
Kommune 1 Når vi får viden om graviditet hos en borger med rusmiddelbrug, afhænger tilrettelæggelsen af indsatsen af, om vedkommende er i behandling eller ej. Helt overvejende er det borgere, der i forvejen er behandling for et rusmiddelmisbrug. For borgere i behandling er det af stor vigtighed både at sikre det ufødte barns sundhed og at fastholde kontakten til den gravide så behandlingsforløbet fastholdes. Det kræver troværdighed, rummelighed og tydelighed i kommunikationen med borgerne. Fra behandlingstilbuddene kontaktes (underrettes) Familieafdelingen for et tværfagligt samarbejde omkring den gravide, Socialafdelingen ift. muligt døgnbehandlingsperspektiv og der rådføres med familieambulatoriet på OUH i forhold til deres mulige involvering. Der er primært tale om tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde med fokus på at se på muligheder for hjælp og støtte efter serviceloven i form af familieorienteret indsats afhængig af den familiære og misbrugsmæssige situation (Serviceloven), muligt døgnbehandlingstilbud (Serviceloven og kombineret med Sundhedslov ift. mulig behandling) samt muligt tilbud i Familieambulatoriet. Såfremt graviditeten ikke ender med abort er der også kontakt til sundhedsplejerske ligesom der kan være kontakt til egen læge. **Kommune 2** Denne målgruppe kommer i vores Babyteam som er et specialiseret team bestående af socialrådgivere, sundhedsplejersker og familiebehandlere. Indsatsen er matrikelløs da indsatserne foregår hjemme og i familiehuset. Indsatserne er efter SEL § 52

Kommune 3
Ved kendskab til aktuel borger, kontaktes familieafdelingen – Familieambulatoriet hvor der i et samarbejde iværksætter indsats. Hvis der skal iværksættes rusmiddelbehandling jf.§101.kap.8. iværksættes den internt i Rusmiddelcenteret. Ved behov for en døgnforanstaltning iværksættes denne, hvor der forefindes denne behandling. Dette jf. §101 kap.8. om kontrakt omkring samarbejde

Kommune 4
Vi har taget kontakt til PAM (Psykiatrisk Akut Modtagelse) Vejle med henblik på en afklaring af, hvorvidt de kan løse opgaven regionalt, på deres døgnafsnit for dobbeltdiagnosticerede, P5. Vi har endnu ikke modtaget svar.

Døgnbehandlingsinstitutionerne STIEN og Ringgården, kan løse opgaven for os, med at døgnbehandle gravide kvinder og deres partner. De kan dog ikke leve op til tvangs-elementet. Vi kan døgnanbringe der, og samarbejde om opgaven med dem.

Vi har tætte samarbejder med Familieambulatoriet, PAM (i tilfælde af indlæggelse), lokalpsykiatri (udredning og behandling), Familiehus, rusmiddelbehandling, myndighedsafdeling, sundhedspleje m.fl.

Det er vigtigt for os, at indsatserne ligger tæt på, så vi sammen med kvinden/parret i løbet af graviditeten kan arbejde med bl.a. forældrekompetencer.

Lokalt har vi et tæt samarbejde internt i kommunen, mellem rusmiddelbehandling, sundhedsplejen, familiebehandling og familierådgivning.

Kommune 5
I Sundhedsplejen gives øget opmærksomhed og øget indsats/flere besøg, da familien kategoriseres som sårbar. Kategoriseringen læner sig op af 'Børnelinealen'.
Der ydes en rådgivende og behandlende indsats fra Rusmiddelcentret.
Forskellige understøttende tiltag kan iværksættes fra Familieafdelingen, både før og efter fødsel, hvor familiekonsulenter vejleder, guider og støtter, og til tider yder kompenserende indsatser til barnet, når det er født.
Derudover er der mulighed for at yde et døgnopholds-tilbud op til 2 uger før fødslen og efter fødslen op til ca. 3 måneder ('Familiehuset')
Dermed er der tale om både matrikelbundne og matrikelløse indsatser.
For så vidt angår paragrafferne, se svar på spørgsmål 1.2

Kommune 6
Vi bruger primært en særligt udviklet indsats til gravide i vores eget interne tilbud. Det er både matrikelbundet og matrikelløst – det afhænger af indsatsen. Det er under Servicelovens §52.3.3. Derudover bruger vi også døgnophold i henhold til Servicelovens §52.3.4. Døgnophold er hos ekstern leverandør

Kommune 7
Familieafdelingen i kommunen varetager den koordinerende rolle omkring den gravide. Den koordinerende rådgiver, udpeges hurtigst muligt efter henvendelse om en gravid med forbrug af rusmidler.

Der opstartes samarbejde med familieambulatoriet i Kommune 4, omkring den gravide.
Samarbejdet omkring gravide, indgår som en del af den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin.

Familieafdelingen laver en individuel vurdering af den gravide og evt. partners situation og behov, og inddrager alle relevante parter mhp. at danne et defineret samarbejde omkring den gravide.
Koordinator i familieafdelingen sikrer at indsatsen for og omkring den gravide tilpasses løbende, så der skabes overskuelighed. Eks. Familieambulatoriet, egen læge, Sundhedsplejen, Rusmiddelteamet, myndighedsrådgivere, unge/voksen støttepersoner, Lokal Psykiatrien, beskæftigelsesrådgiver.

Familieafdelingen udarbejder en børnefaglig undersøgelse af den gravide/de vordende forældres forhold, jf. SEL § 50. Der træffes ikke afgørelser før barnet er født.

Rusmiddelteamet tilbyder henholdsvis alkohol behandling jf. § 141 i Sundhedsloven og behandling af afhængighed af stoffer, jf. § 101 Serviceloven. Døgnbehandling kan iværksættes via myndighed på voksenstøtte området, hvis der vurderes behov for dette. Under et sådant forløb, vil der fortsat være et samarbejde med den gravide, familieambulatoriet, familieafdelingen og med den pågældende døgninstitution.

Er der behov for personlige støttende foranstaltninger, kan der iværksættes støtte til den gravide jf. SEL § 82 b og § 85, i særlige tilfælde ydes støtte via botilbud jf. SEL § 107

Rusmiddelteamet eller praktiserende læge henviser til behandling via psykiatrien, hvis der vurderes at være behov for dette. Er der igangværende udrednings- eller behandlingsforløb, inddrages behandler/kontaktperson fra psykiatrien i indsatsen omkring den gravide.

Derudover samarbejdes med alle relevante aktører i forhold til den pågældende gravide. Det kan eks. være SSP, Unge teamet, jobcenteret, Lokal psykiatrien, egen læge, døgnbehandlings institution.

Kommune 8
Interne indsatser:

- Familieafdelingen - Børneteamet
- Kommunens spædbarnskoncept forankret i Familiehuset under familiehusets ledelse
- Kommunens Rusmiddelcenter.
- Kommunens sundhedstjeneste tilbyder alle gravide i kommunen et graviditetsbesøg omkring uge 30, hvor der her er mulighed for at opfange et eventuelt misbrug.
- Ved behov tilbydes den gravide yderligere besøg. Graviditetsbesøgene foregår som hjemmebesøg.

Eksterne:
Samarbejde med jordemødre, læger og familieambulatoriet på OUH og Kommune 4 Sygehus.

Beskrivelse af kommunens spædbarnskoncept jf. §11 og §52 i serviceloven.

Spædbarnskonceptet er hos familien for at sikre forældrenes forberedelse til det ufødte barn samt barnets udvikling og trivsel efter fødslen. Det omfatter gravide eller familier med børn ml. 0-2 år hvor der vurderes behov for ekstra støtte og hvor bekymringsgraden er høj eller risiko for anbringelse fra fødslen.

Indsatsen varetages af Familiekonsulent og sundhedsplejerske ml. 2-5 ugentlige hjemmebesøg med særlig fokus på barnets udvikling og trivsel, undervisning i barnets udvikling samt samspillet mellem forældre /barn. Der kan i enkelte tilfælde hvor bekymringen er særlig høj være op til 7 ugentlige besøg.

Formålet er styrkelse af forældre barn relation, forældreskabet og at sikre barnets udvikling og trivsel. Besøgene tilrettelægges individuelt ud fra vurdering af behov og indsatsen kan blive skruet op og ned alt efter hvordan barnet udvikler sig og hvordan forældrene udvikler deres forældreskab.

Der afholdes faste behandlingsmøder i samarbejde med Socialrådgiveren, familien, behandlerteamet samt Familiehusets teamleder ud fra de aktuelle behov i familien.

Metoder:
Personalet i spædbarnskonceptet er under hjemmebesøgene undersøgende på forældrenes udviklingsmuligheder omkring deres forældreskab. Personalet er opmærksom på fokuspunkter, som sikrer en tryg tilknytning for barnet samt et positivt samspil i familien efter fødslen.

Til dette anvendes blandt andet følgende metoder før fødslen:

- Vejledning og råd omkring graviditeten og kommende fødslen
- Relations dannelse til forældrene og eventuelt netværk

- ”Mødring” = omsorg til forældrene mm.
- Undersøgelse af de psykologiske udviklingsfaser i graviditeten, v. Margretha Broden: ”Graviditetens muligheder”
- Modificeret AAI (Adult Attachement Interview, et semistruktureret interview v. Psykologselskabet Toftemosegaard)
- Modificere PTI (prænatalt tilknytnings interview et semistruktureret interview v. Psykologselskabet Toftemosegaard) som sikre et større viden omkring forældrenes kompetencer.

Spædbarnskonceptet anvender efter fødslen følgende metoder:

- Vejledning og råd omkring barnets trivsel og udvikling, samt det praktiske og følelsesmæssige forældreskab.
- Vurdering af barnets trivsel og udvikling. Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
- Relations dannelse til forældrene og eventuelt netværk
- ”Mødring” = omsorg til forældrene.
- ADBB, screening af barnets sociale og følelsesmæssige kompetencer, inklusiv forstå din baby.
- Tilbud om støtte til det praktiske forældreskab
- Forældregruppe, undervisning af forskellige temaer, netværksdannelse og socialt samspil med andre forældre.

Kommune 9

Kommunen anvender forskellige interne indsatser, herunder:

- Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug har samtaler vedr. prævention med unge der har misbrugsproblematikker.
- Børn og Familie har mulighed for at yde tilskud til p-stave til udsatte borgere.
- Der er ansat en jordemoder, som har kontakt til de gravide som har ønske herom – tidlig indsats ift. tidlig opsporing (jf. sundhedsloven). Alle gravide der er i 20. graviditetsuge tilbydes hjemmebesøg af jordemoder. Det har kørt som et 3-årigt projekt, men er nu blevet forankret som tilbud i kommunen. Efterfølgende overtager sundhedsplejersken og tilbyder hjemmebesøg under graviditeten.
- Sundhedsplejersken gennemfører forebyggende besøg før fødsel og efter fødsel – og ved behov, bliver der foretaget nødvendig screening.
- Hvis Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug får kendskab til, at der kommer gravide borgere med misbrugsproblematikker i centret, bliver myndighedsafdelingen for Børn og Familie kontaktet.
- Ved gravide borgere som er i medicinsk behandling for misbrug via Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug, justeres behandlingen således, at den er tilpasset svangerskab og fødsel.
- Ved mistanke om gravide med misbrugsproblematikker, sker der indberetning til familieambulatoriet.

Følgende eksterne indsatser anvendes:

- Familieambulatorierne i Region Syddanmark (jf. vejledningen)
- I de tilfælde hvor gravide misbrugere ønsker at modtage døgnbehandlingstilbud, køber Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug ophold på forskellige eksterne døgnbehandlingstilbud placeret rundt i landet.

Kommune 10
I kommunen kan målgruppen efter individuel vurdering tilbydes f.eks. følgende ikke matrikelbunden interne forbyggende indsatser jf. Servicelovens § 52.

- Hånd om Familien
- Spædbarnsteamet
- Familiens Hus – Familier på vej
- Hjemme hos støtte
- Familieværkstedet – samtaler

Der har de sidste to år ikke været anvendt eksterne indsatser f.eks. mor barn hjem eller døgnanbringelser til denne målgruppe, da det ikke har været vurderet at være den rette indsats.

Den tilbydes misbrugs behandling ved Center for Misbrug og Udsatte. Der tilbydes tæt lægefaglig støtte før – under og efter graviditeten, hvor der kan være fokus på forebyggelse af graviditeter, tilpasning af substitutionsmedicin til gravide under og efter graviditeten. Der tilbydes ligeledes social- og sundhedsfaglige støtte med udgangspunkt i Servicelovens § 101 før – under og efter graviditeten. Indsatserne i henhold til Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142 sker i koordination med de familierettede tilbud.

Øvrige indsatser efter Serviceloven, herunder f.eks. § 82 og 85 tilbydes til målgruppen efter individuel vurdering.

Kommune 11
Sundhedsplejen: Leder har tidligere siddet med i implementeringsgruppen vedr. samarbejdet mellem kommunen og FAM+. Vi har et godt og, set fra sundhedsplejens perspektiv, smidigt samarbejde omkring de udfordrede familier. Dertil hører et tæt tværfagligt samarbejde med B&U-enheden. Vores lovhjemmel ligger i Sundhedsloven, hvor det særlige fokus er på sundhedsfremme og forebyggelse §120- §126
Rusmiddelkonsulent: Konsulenten har siddet i samme implementeringsgruppe som ovenfor nævnt. Alle borgere med rusmiddelproblematikker, får tilbudt rusmiddelbehandling efter henholdsvis SEL§101 vedr. stofbehandling og SL §141 i forbindelse med alkoholmisbrug.
Børn & Unge-enheden: Støtten til forældrene beror på en individuel konkret vurdering, ud fra de muligheder der er SEL kap. 11.

Kommune 12
Gravide kvinder med misbrug tilbydes tilsvarende ambulante rusmiddelbehandling, som ikke gravide kvinder modtager. Dette sker i regi af RusmiddelCenter Kommune 12 (RCV) og øvrige samarbejdspartnere – herunder primært Familieafdelingen (FAM) og Familieambulatoriet ved Kolding Sygehus. Ved behov for døgnbehandling af den gravide misbruger, indskrives denne jf SEL §§ 101 (107) eller SUL § 141 (SEL § 107). Samarbejdet med Familieafdeling og det regionale Familieambulatorium fortsætter under evt. døgnbehandling. Typisk anvendes døgntilbud i kommunalt regi (RusmiddelCenter Døgn i Egtved), da der herved sikres let adgang til kommunale og regionale samarbejdspartnere. Eksterne døgntilbud anvendes, hvis dette giver bedst mening – ud fra faglig eller personlig præference. RCV er central medspiller i hele forløbet. Efter fødsel overgår evt. døgnopgaven til FAM.

Kommune 13

I Kommune 13 er der et veldrevet samarbejde om gravide med misbrug af rusmidler, som reguleres af rammen i samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i kommunen.

Repræsentanterne mødes til familierådsmøder ca. hver 2. måned på familieambulatoriet i Aabenraa. Der er en dagsorden med de sårbare gravid/forældre som er tilknyttet familieambulatoriet. Som oftest er de gravide også tilknyttet i det kommunale regi. Hvis ikke den gravide er tilknyttet kommunen, bliver de visiteret til rette instans i kommunen, f.eks. Rusmiddelcentret eller familieafdelingen.

De Gravide visiteres af egen læge til familieambulatoriet. Den instans som først får viden om den gravide sikre at egen læge involveres, således en visitation til familieambulatoriet kan iværksættes. Sager med sårbare gravide kan også drøftes på familierådsmøderne forud for visitation.

Familien eller den gravide får en tæt opfølgning i familieambulatoriet, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, læge og sygeplejerske. De gravide får oftere samtaler og mere støtte end andre. Endvidere afholdes der familierådsmøderne, hvor vi kan sætte yderligere støtte på, hvis det er nødvendigt. F.eks. hvis de skal have støtte via familieafdelingen efter fødslen. Endvidere vil Sundhedsplejen også have fokus på familien, når de kommer hjem. De gravide er endvidere tilknyttet rusmiddelbehandling i efter behandlingsforløb, som er tilpasset den enkelte.

Indsatsen for de gravide sårbare er både matrikelbundne og matrikelløse. De matrikelbundne indsatser foregår på familieambulatoriet, Rusmiddelcentret og døgnbehandlingstilbud efter SL § 101/107, privatpraktiserende læge, evt. lokal psykiatrisk behandling, og evt. somatisk sygehus. Matrikelløse indsatser foregår (for eksempel Støtte efter SL § 85) foregår i den gravides eget hjem. Dertil støtte fra den kommunale sundhedspleje og familierådgivning.

Kommune 14
Vi har et koordinerende ”sårbare gravidteam”, med de fagpersoner der er relevante i forhold til den gravide. Vi følger op en gang om måneden, for at regulere indsatsen, hvis dette er nødvendigt. Endvidere følges der også op efter fødslen og så længe der måtte være behov.
Der indhentes samtykke til dette fra de gravide kommende mødre, i forhold til drøftelserne. Samtykket ligger på sagen.

Misbrugscentret har udarbejdet en instruks for fokus på gravide kvinder med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Misbrugscenteret inddrager/underretter til Børn, unge og Familieindsatser, som alene har kompetencen og ansvaret for at undersøge og beslutte hvilken støtte, der skal tilbydes den gravide kvinde med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.
Misbrugscenteret varetager og fortsætter den ambulante stof eller alkoholmisbrugsbehandling, indtil eventuel anden aktør overtager (eks. Ved døgnbehandling)

Eksterne indsatser der anvendes: Det regionale Familieambulatorie Plus inddrages i samarbejdet omkring den gravide. Før, under og efter fødsel. Barnet kan følges og undersøges for eventuelle skader grundet misbruget.

Kommune 15
Misbrugsbehandling i Kommune 1

Kommune 16
Den berørte har ikke haft et ønske om en døgnbehandlingsindsats.
I dette tilfælde tilbydes ambulant rusmiddelbehandling jf SEL § 101 samt SUL § 141. Behandlingen består i dette tilfælde af samtalebehandling. Ved behov kan desuden tilbydes medicinsk rusmiddelbehandling. Rusmiddelcenteret samarbejder i så fald med fx Svangre ambulatoriet i forhold til koordinering og sparring for at finde hensigtsmæssig medicinsk behandling, indhold og form.
En stor del af behandlingen er koordinering og understøttelse af, at den gravide har samarbejde med Familieafdelingen(internt), Familiehuset(internt), Svangre ambulatoriet(regionalt) samt Lokalpsykiatri(Regionalt). Tilbuddet foregår i Rusmiddelcenteret, men ved behov kan den gravide følges af rusmiddelbehandler til andre relevante aktører.

Kommune 17
Internt følger vi den gravide til egen læge, for at få bekræftet graviditeten. Behandler i Rusmiddelcentret kontakter i samråd med egen læge samt Rusmiddelcentrets læge Familieambulatoriet på OUH. Der etableres et samarbejde på tværs og Rusmiddelcentrets sygeplejersker administrerer den medicinske behandling. Der vil være både interne og eksterne indsatser alt afhængig af den pågældende borgers livssituation.
Der har i løbet af de sidste 10 år været 1 borger der har gennemført en graviditet indskrevet i Rusmiddelcenteret i kommunen.

Kommune 18
Da det er meget sjældent at vi møder gravide stofmisbrugere, laves der konkrete og individuelle aftaler. Vi oplever at vi har et godt samarbejde med vores leverandør på området, så der findes en skræddersyet løsning.

Spørgsmål 1.2
Faglige kompetencer, der indgår i indsatsen (fx fagligheder inden for familie-, svangerskabs-, rusmiddel- og psykiatrisk behandling) *Hjælpespørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:* • *Hvilke faglige kompetencer er centrale i indsatserne for målgruppen (kompetencer inden for familiebehandling, viden om svangerskab, rusmiddelbehandling, psykiatrisk behandling e.l.)?*
Kommune 1 Kompetencer ift. rusmiddelbehandling og at kunne fastholde kontakt med til tider svært udfordrede borgere, der er i en ekstremt sårbar situation, er afgørende vigtige, da det jo er rusmiddelmisbruget i kombination med graviditeten, der er årsagen til situationen. Lægelige kompetencer i behandlingstilbuddet er ligeledes vigtige ift. den løbende behandlings- og sundhedsmæssige monitorering, herunder ikke mindst ift. psykisk tilstand. Egentlige psykiatriske behandlingsmæssige kompetencer er ofte ikke relevante i denne del af forløbet sålænge lokal læge på behandlingstilbud har en dybere psykiatrisk viden, som egen læge sjældent besidder. Kompetencer ift. familierådgivning kan være vigtige afhængig af situationen. Familieambulatoriets kompetencer er absolut nødvendige i de forløb, hvor det er relevant. Samtalemæssige kompetencer og metoder er afgørende for at kunne sikre en fortsat dialog og kontakt med den gravide. De er oftest i en meget sårbar position. **Kommune 2** Babyteamet er social og sundhedsfagligt uddannet. Derudover har de viden inden for misbrug, rusmidler og naturligvis svangerskab. **Kommune 3** Rusmiddelbehandler internt i Rusmiddelcenteret varetager opgaven **Kommune 4** Rusmiddelbehandling: SEL § 101, SEL Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, Sundhedsloven § 141+142 Familierådgivning: SEL § 50 Familiebehandling Sundhedspleje Regional og kommunal psykiatri Familieambulatoriet på sygehuset

Praktiserende læge

Kommune 5
Alle de nævnte kompetencer er vigtige i indsatserne. Kommunen bidrager primært med kompetencer inden for forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (SUL §§120-126), familiebehandling (SEL § 11 og **§ ??)** og rusmiddelbehandling (SUL § 141 og SEL § 101). Regionen bidrager med svangreomsorg, psykiatrisk behandling og somatisk behandling, såsom afrusning. er forbeholdt regionen, ligesom de regionale svangreindsatser

Kommune 6
Der samarbejdes med forskellige fagligheder. Familieafdelingens egne familiebehandlere er særligt uddannede til at arbejde med den her målgruppe. Derudover henviser vi til rusmiddelbehandling og psykiatrisk behandling. De forskellige fagligheder koordinerer indbyrdes omkring de gravide, så vi ved, hvad hinanden laver.

Kommune 7
Faglige kompetencer som, efter individuel vurdering og behov, kan inddrages:

- Familieambulatoriet: Jordemoder, læge, socialrådgiver, psykolog
- Familieafdelingen: Socialrådgiver
- Familiehuset: Familie konsulent og familiebehandler
- Sundhedsplejen: Sundhedsplejerske
- Ungeafdelingen: Socialrådgivere, mentorer og støttekontaktpersoner
- Voksenstøtte, psykiatri og handicap : Myndighedsrådgivere, støttekontaktpersoner
- Psykiatrien: Psykiater, sygeplejerske, psykolog og socialrådgiver
- Praktiserende læge
- Rusmiddelteamet: Behandler, sygeplejerske og rusmiddelfaglig lægekonsulent

Muligt tilbud om døgnbehandling vurderes og bevilges via voksenmyndighed. Et døgnbehandlingstilbud vælges ud fra en vurdering af den gravides situation og behov, med særligt fokus på ophør af forbrug af rusmidler, og eks. tilbud om terapeutisk behandling.

Kommune 8
- Ledelse
- Familiekonsulenter
- Sundhedsplejersker
- Jordemødre
- Læger i almen medicin

- Socialrådgivere
- Obstetriker
- Psykolog
- Sygeplejerske

Kommune 9
Rådgivningcenter Kommune 9 Misbrug har medarbejdere med relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med gravide borgere med misbrugsproblematikker. Medarbejderne har bl.a. kurser og uddannelse i ACT (Assertive Community Treatment), den motiverende samtale, mentalisering, familieorienteret misbrugsbehandling og rusmiddelbehandling.

Børn og Familie har medarbejdere der er uddannet familiebehandlere m.m.

Kommunen har overordnet fokus på tidlig opsporing ift. diverse problematikker.

Kommune 10
Personalets grunduddannelser i de interne kommunale tilbud er som oftest pædagog, socialrådgiver og sygeplejerske. Der er tilknyttet læger i misbrugsbehandlingen.

Udgangspunktet for alle tilbud er, at de består af et tværfagligt team, og at personalet har forskellige efteruddannelser. I Familiens hus er der f.eks. tilknyttet sundhedsplejersker og på f.eks. Familieværkstedet har alle efteruddannelser inden for behandlingsområdet.

Kommune 11
Sundhedsplejen: Småbørnssundhedsplejerskerne (FAM+)
Rusmiddelkonsulent: Uddannede misbrugsbehandlere, pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, læger (FAM+) psykiatri, jobcenter
Børn & Unge-enheden: Spædbarnsteam, socialrådgivere, regionen (FAM+) psykiatri, jobcenter

Kommune 12
Almindelige rusmiddelbehandler-kompetencer anvendes – herunder lægefaglig konsulent (overgår oftest til Familieambulatoriet), regionens psykiatriske kompetencer (sjældnere) og rusmiddelbehandler-siden varetages opgaven overvejende af 1-2 medarbejdere med erfaring og viden på området. Hele eller dele af behandlerpersonalet deltager i de faglige konferencer/undervisningsdage, som Familieambulatoriet står for. FAM deltager med børnefaglige kompetencer, hvor der er andre børn i familien. RCV understøtter urinprøvetests for/i samarbejde med FAM, hvor dette ønskes. Desuden er egen læge ofte involveret i samarbejdet.

Kommune 13
I indsatsen indgår faglighed om Rusmiddelbehandling, viden om sociale støttebehov, svangerskabsbehandling, familiebehandling og psykiatrisk behandling.

Kommune 14

- Graviditetsbesøg ved behov fra sundhedsplejersken
- Familiebehandler og/eller konsulent har mulighed for at blive tilknyttet, hvis man vurderer der er behov for dette.
- Såfremt ressourcerne ikke kan findes i eget regi købes dette eksternt.
- Der er samarbejde med Familieambulatioriet på OUH, i det omfang det giver mening for sagen.
-

Det er vigtigt at der inddrages aktører med høj grad af specialist viden og at samarbejdet koordineres og der følges op.
Det kan være vigtigt for den gravide, at der en gennemgående kontaktperson der ledsager til undersøgelser og er behjælpelig med at få stillet spørgsmål og om nødvendigt søger for transport og lign.

Kommune 15
Jordemoderfaglige, sundhedsplejerskefaglige, lægefaglige, psykologfaglige, familiekonsulentfaglige kompetencer.

Kommune 16
I Rusmiddelcenteret varetages opgaven af socialfaglig rusmiddelbehandler, sygeplejerske og ved behov speciallægekonsulent.

Kommune 17
Både socialfaglige og sundhedsfaglige kompetencer inden for rusmiddelbehandling. I de sundhedsfaglige kompetencer indgår også lægefaglige kompetencer inden for rusmiddelbehandling.
Er borgeren dobbeltdiagnosticeret vil der også skulle indgå psykiatrisk kompetencer, familieambulatoriet samt egen læge.

Kommune 18
Sundhedsplejen spiller en væsentlig rolle i forhold til graviditetsindsatsen for særligt sårbare og dermed også gravide med rusmiddelproblematikker (dog har vi ekstremt få af sidstnævnte, hvor der er tale om aktiv misbrug).
Ud over at der er tale om sundhedsplejersker med mange års erfaring indenfor området er de alle efteruddannet som spæd- og småbørnskonsulenter, MarteMeo terapeuter samt nogle af dem COS-P uddannet. Alle er ADBB certificeret. Vi bruger professionel supervision i de konkrete sager ved særlig uddannet psykolog.

Spørgsmål 1.3
Koordination og samarbejde om indsatsen (tværfagligt, tværsektorielt og eventuelt også tværs af regioner)

Hjælpespørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:

- *Samarbejder kommunen med eksterne samarbejdspartnere om målgruppen (fx formelle organiseringer, samarbejdsaftaler med eksterne, kompetenceløft af medarbejdere e.l.)?*
  Beskriv gerne samarbejdet, herunder hvornår samarbejder man og med hvem, hvor ofte og hvad får man ud af det?
- *Hvordan koordinerer kommunen indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug med regionen, familieambulatorierne og andre relevante tilbud?*
- *Hvem koordinerer kommunen med?*

Kommune 1
Der koordineres fra behandlingsafdelingernes side tæt med Familieafdelingen ifht. hvem der gør hvad i en given sag. Her er der en skriftlig samarbejdsaftale. Således bliver det op til Familieafdelingen at koordinere og fastslå, hvad der er behov jf. deres faglige kompetencer indenfor Familiebehandling. Borgeren får dermed det ud af det, at der sikres relevant faglig fokus på alle aspekterne i en graviditet med samtidig misbrug.

I vores sager har den konkrete koordinering med Familieambulatoriet foregået således, at borgeren har bestemt hvem de har ønsket med til samtalerne og hvem der hovedsageligt skal være direkte samarbejdspartner til Familieambulatoriet. Det er som regel den person, som borgeren har bedst relation til, så nogle gange er det en fra Familieafdelingen der er primær samarbejdspartner til Familieambulatoriet, andre gange har det været Rusmiddelbehandler.

Kommune 2
Der er tæt samarbejde med Familieambulatoriet og Fam. + på OUH. Derudover er kommunen repræsenteret i arbejdsgruppen for sårbare gravide.

Kommune 3

Kommune 4
Kommunen koordinerer med ovennævnte aktører.
En sag igangsættes ofte ved underretning til familierådgivningen fra praktiserende læge, jordemoder eller sundhedsplejerske.
Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide – en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner.

Kommune 5
I Region Syddanmark og dermed også for gravide med misbrug i Aabenraa Kommune anvendes dels **Familiesamrådsmøder**, hvor der sker koordination og opfølgning mellem professionelle (regionale aktører: Familieambulatoriet Plus, Gynækologisk Obstetrisk afd., Børneafdelingen, Psykiatrien, evt. Smertebehandlingscenter; kommunale aktører: familieafdelingen, rusmiddelcenter, sundhedsplejen, PPR og evt. socialpsykiatrien), dels **Netværksmøder** – med de samme professionelle men med familien, her træffes beslutninger om, hvad der skal ske og det koordineres.
Der sker på den måde koordination med alle relevante parter.

Kommune 6

Kommunen arbejder efter ”Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark”.

Kommunen har et tæt samarbejde med Familieambulatoriet på OUH i Odense. Der samarbejdes omkring alle sårbare gravide, herunder gravide med rusmiddelforbrug.

Hvis Familieambulatoriet bliver bekendt med, at en gravid har et rusmiddelforbrug, gives der besked til Sundhedsplejen (med samtykke) og der underrettes til kommunen. Derudover henvises der til rusmiddelbehandling, hvis kvinden ikke allerede er tilknyttet der.

Hvis den kommunale alkohol- eller stofbehandling bliver bekendte med, at en af deres borgere er gravide, sørger de for henvisning til Familieambulatoriet. Er det tidligt i graviditeten, vil det i første omgang oftest være med henblik på en afklarende samtale ift. om graviditeten skal gennemføres.

Det tværsektorielle samarbejde omkring sårbare gravide, herunder gravide med skadeligt rusmiddelforbrug, er organiseret under FAMKO. Her arbejdes der med at styrke den relationelle kapacitet på tværs af familieambulatorie og kommune. Jordemødre, socialrådgiver og psykologer fra OUH mødes med kommunale sundhedsplejersker, familiebehandlere, socialrådgivere, rusmiddelbehandlere m.fl. til fælles kompetenceudvikling, temadage, netværksmøder mm. med henblik på at styrke det gensidige kendskab samt udvikle samarbejdet.

Ift. den enkelte gravide koordineres der med relevante faggrupper: Sundhedspleje, praktiserende læge, psykiatri, rusmiddelbehandling, Familieambulatorie, Familieafdelingen, beskæftigelsesafdelingen, uddannelsesinstitutioner og hvad der ellers er relevant for den enkelte gravide.

Kommune 7
Kommunen har en fælles rusmiddelstrategi. Der arbejdes ud fra overordnede principper indenfor Sundhedsfremme, forebyggelse, tidlig opsporing og behandling.

I forhold til gravide med forbrug af rusmidler inddrages alle relevante samarbejdspartnere.

Kommunen har en aktiv samarbejdsaftale omkring borgere i Rusmiddelbehandling. Aftalen er gældende mellem Familieafdelingen, Voksenstøtte, Unge afdelingen og Rusmiddelteamet.
Ligeledes benyttes kommunens tværfaglige samarbejdsmodel, som bidrager til overblik og systematik i samarbejdet internt og på tværs i kommunen.

Der samarbejdes med Familieambulatoriet ud fra den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark, omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Der er et aktivt samarbejde mellem familieafdelingen og Rusmiddelteamet vedr. familier hvor en eller begge forældre har et problematisk forbrug af rusmidler, herunder også gravide borgere

Kommune 8

- Kommunen har en samarbejdsaftale med Region Syd ift. samarbejdet med familieambulatorierne på Sygehus Lillebælt og OUH
- Kommunens spædbarnskoncept er forankret i Familiehuset under ledelsen der som koordinerer selve indsatsen omkring familien. Dette sker ofte i samarbejde med familieafdelingens socialrådgiver

Kommune 9

Kommunen samarbejder med familieambulatoriet (jf. aftale med Region Syddanmark). Ingen samarbejdsaftale, kun vejledning ift. familieambulatoriet. Ved møder med familieambulatoriet deltager der altid en repræsentant fra Børn og Familie, som jf. vejledningen har myndighedsansvaret. Herudover deltager socialkonsulent fra Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug ad hoc, i de tilfælde hvor det vurderes relevant. På mødet koordineres indsatserne omkring den gravide og det ufødte barn. Herefter aftales det, hvordan den løbende opfølgning skal foretages, og der vil typisk afholdes tværmøder, hvor den gravide og netværket også deltager. Socialkonsulent fra Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug udfører opsøgende arbejde ifm. samtalerne og understøtter motivation for behandling og evt. fastholdelse. Hvis vedkommende ikke kan motiveres til misbrugsbehandling, vil Børn og Familie blive underrettet.

I de tilfælde hvor der er behov for at koordinere, mødes kommunen løbende med sygehus ift. den videre koordinering af indsats/forløb (eksempelvis abstinensobservation af nyfødt). Børn og Familie koordinerer med Familieambulatoriet/sygehuset.

Kommunen har ikke øvrige formelle eksterne samarbejdspartnere ift. indsatsen overfor målgruppen.

Kommune 10

Fundamentet for koordinationen og samarbejdet om indsatsen er ”Samarbejdsaftale vedrørende gravide og sårbare, Region Syddanmark og de 22 kommuner”.

Kommunen og Familieambulatoriet Plus har i efteråret 2022 med afsæt i den regionale aftale udarbejdet en lokal samarbejdsaftale om samarbejdet om målgruppen for Familieambulatoriet Plus.

Samarbejdsaftalen er vedhæftet denne besvarelse til orientering. Samarbejdsaftalen beskriver 4 faser i koordineringen og samarbejdet om målgruppen. Udgangspunktet for aftalen er, at samarbejdet om målgruppen skal foregå hurtigt – og der er et taskforce spor, der sikrer at samarbejdet og sagsbehandlingen sker hurtigt, smidigt og prioriteres af alle fagpersoner.

Derudover er der et mødeforum med repræsentanter fra Familieambulatoriet Plus og kommunale repræsentanter fra Familie-, misbrugs og det socialområde (både myndighed og tilbud), der mødes to gange halvårligt. Dette mødeforum skal sikre et vedvarende tværsektorielt samarbejde og en fælles opmærksomhed på målgruppen.

Kommune 11

- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

- Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide

Kommune 12
Jeg er ikke bekendt med samarbejde tværregionalt eller tværkommunalt. Helt generelt vil jeg bemærke, at alle samarbejdspartnere "rykker sammen", når de håndterer gravide misbrugere, da der her er særligt meget på spil. Fx løsnes eller nedbrydes kassetænkningen – hvem skal betale for fx døgnbehandling. Se iøvrigt ovenfor.

Kommune 13
Indsatsen overfor de sårbare gravide med skadelige rusmiddelforbrug koordineres og udføres i rammen af Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i kommunen. Familieambulatoriet varetager den overordnede koordinering ved et forløb med sårbar gravid med skadeligt rusmiddelforbrug. Den overordnede koordinering foregår ved at tilrettelægge at alle relevante aktører i den konkrete og individuelle sag er inddraget i forløbet, og at de rette indsatser er tilrettelagt i et sammenhængende forløb for den gravide.

Som besvaret under spørgsmål 1.1 så mødes repræsentanterne til familierådsmøder ca. hver 2. måned på familieambulatoriet Aabenraa. Der er på møderne dagsordensat sager med de sårbare gravid/forældre som er tilknyttet familieambulatoriet. Som oftest er de sårbare gravide også tilknyttet i det kommunale regi. Hvis ikke den gravide allerede er tilknyttet kommunal indsats, bliver de sårbare gravide visiteret til rette instans i kommunen, f.eks. Rusmiddelcentret eller familieafdelingen.
Som også beskrevet under spørgsmål 1.1 visiteres de Gravide af egen læge til familieambulatoriet. Den instans som først får viden om den gravide sikre at egen læge involveres, således en visitation til familieambulatoriet kan iværksættes. Sager med sårbare gravide kan også drøftes på familierådsmøderne forud for visitation.

Familien eller den gravide får en tæt opfølgning i familieambulatoriet, hvor der er tilknyttet socialrådgiver, læge og sygeplejerske. De gravide får oftere samtaler og mere støtte end andre. Endvidere afholdes der familierådsmøderne, hvor vi kan sætte yderligere støtte på, hvis det er nødvendigt. F.eks. hvis de skal have støtte via familieafdelingen efter fødslen. Endvidere vil Sundhedsplejen også have fokus på familien, når de kommer hjem.

Kommune 14
- Socialrådgiver deltager ved møder i familieambulatoriet, hvis den gravide er tilknyttet et forløb der, hvilket ofte er tilfældet
- Hvis det vurderes nødvendigt, samarbejdes der ligeledes med rusmiddelcentret, dette har der dog ikke været grundlag for endnu.

Kommune 15
Kommunes Misbrugs forum og Alkohol Team mødes 1 gang i kvartalet. Består af misbrugsbehandlere fra kommune 1, socialrådgivere fra Job og Voksen og fra Børn-Unge afdelingen, sundhedskoordinator, SSP konsulent og sundhedsplejen. En gang om året udarbejdes der et årshjul og de forebyggende opgaver fordeles.

Desuden er der møder i Ad Hoc gruppen for sårbare gravide OUH. Det er socialrådgiver fra Børn- Unge afdelingen som koordinerer sagerne med Familieambulatoriet OUH.

Kommune 16
Rusmiddelcenteret tager altid initiativ til samarbejde med Familieafdeling og Svangre Ambulatorie, når vi bliver bekendt med en gravid med en aktuel rusmiddelproblematik. Ved behov, tages ligeledes initiativ til samarbejde med fx Lokalpsykiatri og evt. Egen Læge. Der etableres et samarbejde ved indskrivning af borgeren i Rusmiddelcenteret eller umiddelbart derefter.

Kommune 17
Kommunen samarbejder med familieambulatoriet og de er tovholder på hele forløbet og relevante samarbejdspartnere inddrages.

Kommune 18
Vi har en samarbejdsaftale med Center For Misbrug i kommune 10.
Der er udarbejdet samarbejdsaftale mellem det specialiserede børneområde og familieambulatoriet i kommune 10/jordemødre/læger og sygeplejersker der er tilknyttet ambulatoriet. Indsatserne koordineres og aftales gennem fælles handleplan.

Socialstyrelsen er derudover interesseret i, at kommunerne beskriver:

Spørgsmål 1.4
Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende er der etableret i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?
Kommune 1 Der er ikke med vores vidende en samarbejdsaftale på regionalt niveau lige præcis i forhold til gravide med rusmiddelmisbrug. Men der er en samarbejdsaftale mellem psykiatrien og kommunerne i region Syddanmark om samarbejde ift. borgere med samtidigt misbrug og psykisk lidelse der beskriver roller og forventninger til hinanden i samarbejdet. **Kommune 2** Babyteamet er tværfagligt sammensat på tværs af afdelingerne i Børn- & Familieforvaltningen. Derudover har de en tværfaglig leder. **Kommune 3** Samarbejde med familieafdelingen i kommunen **Kommune 4** Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide – en samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner

Kommune 5

- Samarbejdsaftale vedr. sårbare gravide.
- Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Kommune 6
”Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark”

Kommune 7
Der samarbejdes med familieambulatoriet ud fra den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Kommune 8
Der er et formaliseret samarbejde mellem familieambulatoriet og kommunen via en samarbejdsaftale.

Kommune 9
Den eneste formelle organisering der er etableret i forhold til indsatsen til målgruppen, er samarbejdet med familieambulatoriet (regionalt niveau).

Kommune 10
”Samarbejdsaftale vedrørende gravide og sårbare, Region Syddanmark og de 22 kommuner”.

Kommune 11
Se ovenstående spørgsmål.

Kommune 12
Der er udarbejdet regionale samarbejdsaftaler mellem Region, kommuner og praktiserende læger se vedhæftet notat fra 2018. Af notatet fremgår samarbejdsmodellen – se side 18.

Kommune 13
Den formelle organisation, som kommunen regulerer indsatsen omkring er Samarbejdsaftalen mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017. Repræsentanterne i samarbejdet er Aabenraa sygehus, Psykiatrien, Familieafdelingen, Sundhedsplejen og Rusmiddelcentret i Kommune 13 Kommune. Denne organisering er etableret i forhold til indsatsen på regionalt niveau.

Kommune 14
Dette er et internt initiativ, som er opstået i forhold til, at være bedre koordinerende i forhold til de sårbare gravide, for at kunne sætte den rette hjælp og støtte ind i forbindelse med deres graviditet og også efter fødslerne.

Der er samarbejdsaftale med kommuner og Region, omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus Region Syddanmark.

Kommune 15
Se svar 1.3

Kommune 16
Indsæt svar her

Kommune 17
Der er ikke indgået nogen skriftlig samarbejdsaftale mellem Kommune 17 og Rusmiddelcentret. Der foreligger en lokal instruks for Rusmiddelcentret, hvori der står beskrevet, at vi skal kontakte Familieambulatoriet, såfremt vi har en gravid kvinde i behandling.

Kommune 18
Vi er ikke bekendt med nogle samarbejdsaftaler.
På det specialiserede børneområder findes der samarbejdsaftale med familieambulatoriet.

Spørgsmål 1.5
Hvordan kommunerne eventuelt har arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatser til målgruppen?

Kommune 1
Der har været deltagelse på temadage om emnet.

Kommune 2
Gruppen får supervision og kommer tit på kurser inden misbrug og stoffer samt andre relevante emner.

Kommune 3
Intet

Kommune 4
Vi har haft en fælles temadag arrangeret af familieambulatoriet på Kolding Sygehus.
Rusmiddelbehandlingen og familieambulatoriet har jævnligt temamøder

Kommune 5
Kompetencer til at arbejde med gravide med misbrug er en del af basiskompetencerne ved sundhedsplejerskerne og rusmiddelbehandlerne i Kommunen.

Kommune 6
Gennem FAMKO har alle medarbejdere, der arbejder med målgruppen gennemgået en 4 dages mentaliseringsuddannelse. Derudover løbende kompetenceudvikling med fokus på sårbare gravide generelt (traumer, psykiske lidelse, tilbud i civilsamfund mm.)
Familiebehandlerne i kommunen har via FAMKO udviklet egen metode til at arbejde med tilknytning. Metoden hedder Tidlig Tilknytning og kan anvendes fra midt i graviditeten til barnet er 2-3 måneder.

Kommune 7
I samarbejde med familieambulatoriet i Kolding, afholdes samarbejdsmøder med fokus på vidensdeling omkring målgruppen I samarbejde med familieambulatoriet i Kolding, afholdes samarbejdsmøder med fokus på vidensdeling omkring målgruppen

Kommune 8
Spædbarnskonceptets personale har i samarbejde med Toftemosegaard, udviklet personalets faglighed ved at få undervisning og supervision i et modificeret tilknytningsinterview og forældre interview om barnet i maven.

Spædbarnskonceptets personale er undervist i ADBB som er en scoringsmetode der anvendes i til score spædbarnets sociale kompetencer.

Spædbarnskonceptets Familiekonsulenter har endvidere modtaget undervisning i mentaliserings baseret familiebehandling og traumer samt sekundær traumatisering.

Kommune 9
Jf. punkt 1.2.

Rådgivningscenter Kommune 9 Misbrug har medarbejdere som har gennemført kurser og uddannelser indenfor eksempelvis ACT (Assertive Community Treatment), den motiverende samtale, mentalisering, familieorienteret misbrugsbehandling, rusmiddelbehandling og diverse relevante metoder indenfor misbrugsbehandling.

Kommune 10
Der er ikke arbejdet med kompetenceløft og videreuddannelse af fagprofessionelle om arbejdet med målgruppen, da der ikke har været et specifikt behov, der har givet anledning til dette. Der sker kontinuerligt vidensdeling/kompetenceløft mellem Familierådgivningen og Center for Misbrug og Udsatte.

I kommunen arbejdes der derimod på et generelt løft af viden om Familieambulatoriet Plus, den regionale og den lokale samarbejdsaftale. Dette videns løft skal sikre, at alle gravide i målgruppen tilbydes den tværsektorielle indsats, herunder at der er en øget opmærksomhed blandt de fagprofessionelle på at opspore gravide i målgruppen.

Kommune 11
Ja, j.fr. ovenstående samarbejdsaftaler med Region, praktiserende læger og ovenfor nævnte faggrupper. Vi deltager i relevante temadage og netværksgrupper, med henblik på fortsat læring og erfaringsudveksling.

Kommune 12
Enkelte medarbejdere er dedikeret opgaven med gravide misbrugende og har opnået specialviden på området. Der er en bredere deltagelse i FAM's årlige temadage med fagligt indhold.

Kommune 13
I Kommune 13 Kommune anvendes de nationale udbudte kurser/temadage mhp. kompetenceløft til de fagprofessionelle, der arbejder i indsatsen til målgruppen. Repræsentanterne i samarbejdsgruppen er desuden faste repræsentanter, for at sikre højst mulig kompetence niveau i samarbejdet.

Kommune 14
De kompetencer der forefindes i teamet, er kompetencer som medarbejdere og ledere allerede har været i besiddelse af og det opleves, at det brede spænd af kompetencerne supplerer hinanden godt.

I Misbrugscenteret deltager personalet i temadag om emnet, når der udbydes sådanne. Det samme gør sig gældende for teamet omkring sårbare gravidteams.

Kommune 15
Ingen specifik uddannelse til denne målgruppe, men flere uddannelser til fagpersoner som arbejder med særligt udsatte/ sårbare børn/ familier generelt.

Kommune 16
Intet svar her

Kommune 17
Hvis vi får en gravid med misbrug, vil vi søge viden hos Familieambulatoriet på OUH.

Kommune 18
Intet svar her.

Spørgeskema

Tema 2: Forslag til fremadrettede indsatsmodeller

Formålet med at kommunerne udarbejder forslag til fremadrettede indsatsmodeller for målgruppen er at kvalificere den faglige dialog om koordinationen og udbuddet af højt specialiserede indsatser til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug. Socialstyrelsen ønsker, at kommunernes forslag kan bidrage yderligere til den faglige dialog om tilrettelæggelsen af døgnbehandlingsindsatser til målgruppen. Socialstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i deres forslag besvarer følgende spørgsmål:

Spørgsmål 2.1
Hvordan vil kommunerne fremadrettet fagligt tilrettelægge helhedsorienterede, koordinerede og højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser? *Hjælpespørgsmål der kan bruges i forbindelse med besvarelsen:* - *Vil kommunen indgå formelle samarbejdsaftaler?* - *Vil kommuner etablere formelle samarbejdsfora?* - *Hvis ikke, hvorfor ikke?*
Kommune 1 Det kunne være relevant med mere formaliserede rammer og aftaler med mulige døgnbehandlingssteder, hvor der er særlig fokus på gravide, samt særlig fokus på lovens mulighed for tvangstilbageholdelse. Måske også en egentlig planlagt specialisering blandt nogle ganske få døgnbehandlingstilbud (2-3 tilbud) med tilhørende aftalte standardvilkår/-kontrakter. Samarbejdsfora skal etableres på et fælleskommunalt/regionalt niveau. Det giver absolut ikke mening, at hver enkelt kommune etablerer fora med samarbejdspartnere. Der er ingen gravide i Kommune 1 der til dato har takket ja til eller ønsket døgnbehandling i forbindelse med graviditet. Og der er absolut intet ønske blandt borgerne om at indgå aftale om tvangstilbageholdelse. Der kunne etableres ERFA netværk mellem enkelte specialiserede døgnbehandlingstilbud og kommunerne, hvilket ville være givtigt for samarbejdet mellem kommune og døgnbehandlingstilbud og ift. at kunne motivere gravide til døgnbehandling. Kommunernes krav, forventninger og ønsker til døgnbehandlingstilbuddene kunne her drøftes for at opnå stærke faglige tilbud båret en fælles tilgang til borgerne. **Kommune 2** Vi er tilfredse med Babyteam organiseringen. Vi vil styrke den i fremtiden ved at implementere den som en fast del af BF afdelingen. **Kommune 3** Det nuværende samarbejde fungere tilfredsstillinede, det vil dog være vigtigt at etablere en mere formel aftale.

Kommune 4
Vi ønsker at indgå en formel samarbejdsaftale med en døgnbehandlingsinstitution, som kan varetage opgaven med at behandle gravide også under tvangsparagrafferne evt. i et samarbejde med flere kommuner i næ området. Meget gerne understøttet af Socialtilsynet.

Kommune 5
Kommunen har allerede indgået en formel samarbejdsaftale, jf. svar på spørgsmål 1.4, og indgår allerede i et formelt samarbejdsforum, jf. svar på spørgsmål 1.3. Oplevelsen er, at samarbejdsaftalen er velimplementeret, og at samarbejdsforummet er meget velfungerende. Derfor ønsker vi ikke at indgå nye aftaler eller etablere nye fora.

Noget af det, der fungerer rigtigt godt i samarbejdet er, at man giver hinanden besked ved udeblivelser fra aftaler med en instans, så alle instanser kan bakke op og understøtte den gravide/familien i at overholde indgåede aftaler.

Et andet eksempel på, at samarbejdet fungerer godt, er at man deler oplysninger, fx at hvis gynækologisk-obstetrisk afdeling har anbefalet at undlade amning pga. anvendelse af visse psykofarmaka, så ved sundhedsplejen dette, og kan understøtte moderen i at det er godt at give flaske, fremfor at sige, at amning er det bedste.

Kommune 6
Vi indgår i de formelle samarbejdsaftaler, vi finder relevante, og indgår i relevante samarbejder.

Kommune 7
Vi vil i den fremadrettede indsats læne os op ad den eksisterende samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familie ambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risiko forbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin

Ligeledes benyttes kommunens interne samarbejdsaftale omkring borgere i Rusmiddelbehandling, samt den tværfaglige samarbejdsmodel, som sikrer overblik og systematik i samarbejdet internt og på tværs i kommunen.

Indsats justeres løbende i forhold til ny viden og praksis omkring målgruppen

Kommune 8
Kommunen har ikke så stor erfaring i udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug men vi har erfaring i at indgå i formelle samarbejdsaftaler og dermed også etablerer formelle samarbejdsfora når det er relevant.

Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9
I kommunen er der på nuværende tidspunkt ikke udarbejdet intern samarbejdsaftale i forhold til indsatsen overfor målgruppen.

Kommunen vil eksempelvis have fokus på hvordan en helhedsorienteret og koordineret indsats ift. målgruppen kan styrkes. Der vil internt i kommunen blive arbejdet på, at etablere et fast mødefora, hvor indsatsen ift. målgruppen drøftes, herunder drøftelse af enkeltsager. Dette med henblik på, i højere grad at kunne levere en samlet tværfaglig og koordineret indsats – ensartethed ift. indsatsen overfor målgruppen. Der vil i den forbindelse blive udarbejdet et kommissorium for mødeforaets arbejde, herunder beskrivelse af hvilke opgaver foraet skal varetage.

Herudover vil kommunen have styrket fokus på tidlig opsporing, herunder undervisning af medarbejdere. Eventuelt få udvalgt nogle ambassadører, som har særlige kompetencer ift. at kunne se alle signaler og tegn på misbrug og turde, at italesætte dette. Herudover vil kommunen arbejde med muligheden for opsøgende besøg og vedholdende ift. at hjælpe borgere med misbrugsproblematikker, herunder samtaler mhp. at undgå graviditet.
Herudover kunne der evt. være potentiale i, at etablere en udekørende funktion (et fora eller én medarbejder der er ansat til det), som kan forestå vejledning i hjemmet. Fokus på fælles forpligtelse for indsatsen, som skal minimere borgernes misbrug under graviditeten.

Der kunne desuden være potentiale i større samarbejde på tværs af kommuner, herunder etablering af et fælles specialiseret tilbud.

Kommune 10
Kommunen har som ovenfor beskrevet netop haft en længere proces om samarbejdet om målgruppen, hvor der er udarbejdet en lokal samarbejdsaftale for målgruppen for Familieambulatoriet Plus. Aftalen skal nu implementeres, og den vil løbende blive evalueret og justeret.

Kommune 11
I kommunen tilbydes de gravide altid individuelle og målrettede indsatser, herunder døgnbehandling ved behov.

Kommune 12
Der findes formelle aftaler mellem region og kommuner mv

Kommune 13
I Kommune 13 indsats til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug vil den faglige og helhedsorienteret indsats fortsat blive varetaget i rammen af samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.
Kommunen har ikke planer om at indgå i et aftalebundet samarbejde med en døgnbehandlingsindsats, idet der ved inddragelse af døgnbehandlingsindsats på Rusmiddelområdet er brug for en konkret og individuelle vurdering af, hvilken døgnbehandlingsindsats der bedst kan understøtte den gravide ift. stoffrihed. Inddragelse af den gravide i visitationen til døgnbehandling er afgørende for indsatsens udfald. I Danmark kan vi indgå aftale med den gravide om tilbageholdelse i behandlingen, men hvis den gravide vælger at ophæve sit samtykke hertil, så kan den gravide ikke fastholdes i behandlingen. Det er derfor afgørende at den gravide visiteres til et døgnbehandlingstilbud, som ikke alene har relevante faglige kompetencer (Rusmiddelbehandling og faglig viden ift. svangerskab), men at der også er et match ift. den gravides subjektive oplevelse omkring tryghed og konkrete støttebehov.

Kommune 14
For nuværende fungerer teamet omkring de sårbare gravide godt. Der evalueres løbende på ordningen og hvis det vurderes, at der enten mangler kompetencer i forhold til at arbejde videre med teamet, vil dette blive drøftet og man vi se om de kompetencer der efterspørges finde i huset.
På sigt påtænkes det at etablere et job og familiehus i kommunen, med baggrund i en videreudvikling af erfaringerne fra projekt FAMKO og projekt Job & Familie
Formålet med Job og Familiehuset vil være:

1. den tidlig opsporing af målgruppen gravide og småbørnsforældre i sårbare positioner (FAMKO Kommune 14) og derigennem understøtte det "åbne vindue" for forandring, som mange kommende og nybagte forældre har.
2. en tidlig udredning gennem et tværfagligt helhedsorienteret visitationssystem til målgruppen. Det tværfaglige visitationssystem tilbyder et indsatsforløb, der er målrettet den enkelte gravide eller småbørnsforældres behov. Det tværfaglige visitationssystem sikrer én indgang og én kontaktperson.
3. et tidligt fokus på uddannelse og beskæftigelse som rehabiliterende indsats for familierne.

Det bemærkes, at kommune parallelt med denne ansøgning fremsender ansøgning til Socialstyrelsens pulje for etablering af frivillighedscentre. Det er hensigten, at de to initiativer i et vist omfang kommer til at spille sammen.

Kommune 15
Vi har pt ingen erfaring på området, idet vi ikke har haft gravide med skadelige rusmiddelforbrug.
Såfremt dette skulle opstå, vil vi indgå et samarbejde med Alkoholbehandling i kommune 1 (idet vi har det forpligtende samarbejder med dem).

Kommune 16
Intet svar her

Kommune 17
Der er som tidligere angivet historisk meget få gravide misbrugere, hvorfor det at indgå formelle samarbejdsaftaler kan koste mere tid, hvorfor vi som udgangspunkt ikke påtænker formelle aftaler. Men vi vil i en konkret situation altid tage kontakt til relevante samarbejdspartnere. Der er ingen modvilje mod formelle samarbejdsaftaler, og bliver det centralt eller kommer der henvendelser fra samarbejdspartnere med ønske om en samtale, vil de formentlig kunne indgås – dog under forudsætning af indhold og krav i den foreslåede aftale.

Kommune 18
I Kommune 18 vægter vi en dynamisk tilbudsvifte, med mulighed for individuelle tilrettelagte forløb og indhold. Vi har besluttet et genbesøg af de interne samarbejdsaftaler forvaltningerne i mellem og samtidig vores ambulante misbrugstilbud i kommune 10.

Spørgsmål 2.2

Hvordan vil kommunerne fremadrettet koordinere og samarbejde inden for, på tværs af og med regionerne om højt specialiserede indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug? Herunder inddrage døgnbehandlingsindsatser?
Kommune 1 Se ovenfor. Den grundlæggende udfordring er, at gravide med et rusmiddelbrug ikke opfatter tilbuddet om døgnbehandling som attraktivt eller nødvendigt. De ønsker det ganske simpelt ikke, hvilket måske hænger sammen med, at det kan opfattes som ufrit og også uigennemsigtigt ift. den ramme man skal være en del af på et døgnbehandlingssted. **Kommune 2** Som i dag **Kommune 3** Intet **Kommune 4** Intet **Kommune 5** Som hidtil i regi af familierådsmøder og netværksmøder. Vi vil fortsat inddrage døgnbehandlingsindsatser på Familiehuset, når det er relevant. Muligt forslag til nyt højt specialiseret indsats, der ville kræve ny lovgivning: Tvangsindlæggelse af misbrugende vordende mødre mhp afrusning og fuldførelse af graviditet uden misbrug, som i Norge og Sverige. **Kommune 6** Vi har ikke aktuelt planer om at gøre mere, end vi allerede gør. Vi har dog ca. hvert 2.-3. år en gravid, hvor der er behov for mere end det, vi enten selv kan tilbyde eller tilkøbe eksternt. Der kan opstå dilemmaer, hvor psykiatrien ikke vil tage en misbrugende gravid, og misbrugsbehanddlingen har svært ved at rumme en gravid med svære psykiatriske udfordringer. Det vil være disse gravide, hvor der er behov for et særligt tilbud, og hvor tvang kan overvejes. Til denne målgruppe af gravide kunne der være behov for et nationalt tilbud til de allermest udsatte gravide i form af helhedsorienteret døgnbehandling. Der vil være tale om meget langvarige forløb (minimum 6 til 12 mdr.), som involverer en helhedsorienteret indsats, der tager hånd om alle de udfordringer, kvinden har (evt. sammen med partner og andre børn, hvis relevant): Bolig, økonomi, netværk, misbrug, diagnoser, uddannelse mm. **Kommune 7** Der vil fortsat fremadrettet være fokus på viden og erfaringsdeling omkring denne målgruppe, mellem særligt familieambulatoriet, familieafdelingen, voksenmyndighed og Rusmiddelteamet.

Opdatering af viden om døgnbehandling til målgruppen. I kommunen er antallet af gravide med skadeligt brug af rusmidler lavt. Inden iværksættelse af et døgnbehandlingstilbud til en gravid, kan det derfor være relevant at søge information i andre kommuner, som oftere iværksætter døgnbehandlingsindsatser til gravide

Internt i kommunen opdateres samarbejde, videndeling og erfaringsudveksling på området løbende. Dette sker eks. via tværfaglige fora, med deltagelse af eks. familieafdeling, rusmiddelteam, unge afdelingen og voksen støtte afdelingen, SSP, praktiserende læger

Kommune 8
Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9
Der vurderes behov for mere koordineret samarbejdet udenfor kommunen.

Forud herfor kan det imidlertid være hensigtsmæssigt, at nedsætte en arbejdsgruppe internt i kommunen, som forholder sig til arbejdsgangen ifm. indsatser overfor forældre i udsatte positioner, herunder gravide med misbrugsproblematikker. Herigennem er hensigten, at få formaliseret samarbejdet internt i kommunen omkring forældre i udsatte positioner.

Efterfølgende kan arbejdsgruppen forholde sig hvilke områder det kan være relevant, at samarbejde med andre kommuner om.
Endvidere skal kommunen fortsat have fokus på, at blive endnu bedre til opsporing af gravide med misbrugsproblemstillinger, hvilket er altafgørende for den rette indsats, herunder ophold på døgntilbud.

Kommune 10
Kommunen vurderer ikke, at et døgnophold vil kunne tilbyde mere end vi kan lokalt og matrikelløst. Det er erfaringen fra tidligere sager, at det ofte er vigtigt at den lokale gravide er lokalt, og at det kan være vanskeligt at fastholde den gravide i et døgntilbud.

Kommune 11
I Kommune 11 Kommune er vi altid optaget af at samarbejde helhedsorienteret og tværsektorielt omkring målgruppen.

Kommune 12
Der eksisterer et fint samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

Kommune 13
Som nævnt i besvarelse 2.1 vil kommunen fortsat og fremadrettet koordinere og samarbejde igennem allerede eksisterende samarbejdsaftale.
(samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.)

Samarbejdet med døgnbehandlingstilbud vil fortsat foregå på baggrund af en individuel og konkret vurdering af den gravides støttebehov ift. både rusmiddelbehandling og døgntilbuddets muligheder for at understøtte svangerskabet.

Udbuddet af døgntilbud med ovennævnte specialiserede kompetencer kunne med fordel udvikles og kvalificeres, evt. igennem systematisk og struktureret evalueringer af forløb, som vi kender det fra sundhedsstyrelsens puljer omkring udvikling og kvalificering af indsatsen overfor dobbeltbelastede borgere (alkohol og psykiatri). Kommune 13 kommune har igennem flere år deltaget i samarbejdet omkring indsatsen dobbelt belastede borgere, hvor der konkret er samarbejdet med døgnbehandlingstilbuddet Ringgården. Puljen har styrket fagligheden og den koordineret indsats imellem ambulant og døgntilbud til gavn for borgerne.

Kommune 14
Se svar for 2.1

Kommune 15
Eftersom at kommunen ikke selv vil kunne løfte en sådan opgave, vil dette tilkøbes fra de omliggende kommuner, døgnbehandlingsindsatser.

Kommune 16
Intet svar her

Kommune 17
Jf ovenfor (2.2) omkring samarbejde med Familieambulatoriet. Derudover vil der blive samarbejdet på samme måde, som det sker ved øvrige udsatte borgere såvel inden for psykiatri, somatik og det specialiserede socialområde.

Kommune 18
Målgruppen er repræsentativt meget lav i Varde Kommune. Når vi har anvendt døgnbehandling til målgruppen, sker det i et samarbejde mellem Børn og Familieområdet og Voksenområdet Jf. SEL.
Udfordringen ved døgnbehandlingsstederne har ofte været at finde frem til tilbud med godkendt mulighed for tvangstilbageholdelse. Det er således vores erfaring og ønske med et specialiseret døgntilbud/ regionstilbud. Eventuelle samarbejdsaftaler ville være fremmende for samarbejdet og ikke mindst effektfulde indsatser.

Spørgsmål 2.3
Hvilke formelle organiseringer, samarbejdsaftaler og lignende vil kommunerne etablere i forhold til indsatsen til målgruppen på regionalt eller nationalt niveau?
Kommune 1

Vi ser grundet den meget lille målgruppe pt. ikke et behov for på enkeltkommuneniveau at indgå egentlige samarbejdsaftaler eller organiseringer på regionalt eller nationalt niveau.
For kommuner i regionalt eller nationalt regi er det absolut relevant at indgå i en organisering, der kan professionalisere og styrke indsatsen fagligt i alle led, herunder ikke mindst på døgnbehandlingsstederne.

Kommune 2
Som i dag

Kommune 3

Kommune 4
Der bør indgås en lidt mere overordnet aftale, der binder døgnbehandlingstilbuddet sammen med regionens tilbud, ex omkring psykiatri.

Kommune 5
Ikke mere eller andet end de vi gør – man skal ikke ødelægge noget, der fungerer allerede.

Kommune 6

Vi indgår i de formelle samarbejdsaftaler, vi finder relevante

Kommune 7
På nuværende tidspunkt følges eksisterende aftaler og organisering

Kommune 8
Da spædbarnskonceptet er kommunens metode i arbejdet med udsatte gravide, vil det være relevant at de var deltagende i et eventuel samarbejdsfora.

Kommune 9
At man nationalt kunne se nærmere på Norges politik og juridiske muligheder ift. gravide misbrugere, herunder specielt fosterets beskyttelse.

Norge er langt længere fremme ift. mulighed for at anbringe misbrugende gravide uden samtykke. Denne hjemmel vil kunne forebygge i langt højere grad, end lovgivningen i Danmark giver mulighed for i dag.

Kommune 10
Samarbejdsaftale og mødefora er etableret.

Kommune 11
Kommunen henviser til de samarbejdsaftaler der er indgået, men er altid villige til at indgå i dialog om, hvorvidt disse skal revideres eller ændres.

Kommune 12
Intet

Kommune 13
Som nævnt i besvarelsen under spørgsmål 2.1 og 2.2 vil kommunen fastholde og samarbejde i den allerede formaliserede organisering, samarbejdsaftalen vedr. sårbare gravide. Samarbejdsaftale mellem regionen og de 22 kommuner indgået 2017.

Kommune 14
I 2016 – 2019 gennemførte Kommune 14 Kommune i samarbejde med A. P. Møllerfonden Job & Familie, der var et tværsektorielt projekt for de mest sårbare familier med komplekse problemstillinger. Projektets formål var at tilbyde familierne en helhedsorienteret udredning, handleplan og indsats på tværs af myndighedsområder. Familierne blev tilknyttet et familieteam bestående af en familiebehandler og myndighedsrådgivere fra henholdsvis børn og unge, beskæftigelse samt myndighed social. Familiebehandleren fungerede som kontaktperson for familien til de samarbejdspartnere, der var en del af familiens helhedsplan. Projektets dokumenterede effekt er blandt andet, at familierne profiterede af at de kun havde én kontaktperson og derved kun én indgang til i det kommunale system. Endvidere påviste projektet, at beskæftigelse er rehabiliterende for hele familien. Når forældrene oplever succes ift. deres beskæftigelse, falder indsatserne på familiens børn.

Hvis muligt kunne samarbejder som ovenstående også gøre sig gældende for FAMKO Kommune 14 også.

Kommune 15
Se svar for 2.2

Kommune 16
Intet svar her

Kommune 17
Jf. svar under 2.1 – som udgangspunkt vil der ikke blive indgået formelle aftaler, da der historisk ikke har været gravide misbrugere. Opstår der en konkret sag, vil samarbejdet blive etableret med de relevante samarbejdspartnere.

Kommune 18
Intet svar her.

Samarbejdsaftale

vedrørende sårbare gravide

Region Syddanmark og de 22 kommuner

19. december 2017

TITEL
Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide

UDGIVELSESDATO
Februar 2018

UDGIVET AF
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

Indholdsfortegnelse

4 **Formål med samarbejdsaftalen**

4 Baggrund

4 Ramme

4 Værktøj

5 **Målgruppen**

7 **Principper for samarbejdet**

8 **Lovgivning**

8 Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven

8 Anmodning om oplysning – Retssikkerhedsloven

8 Underretningspligt og udvidet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven

8 Journalføringspligt – Journalføringsbekendtgørelsen

10 **Tværsektorielt samarbejde og ansvarsfordeling**

10 Den praktiserende læges ansvar og opgave

10 Sygehusets ansvar og opgave

11 Oversigt over graviditets-, barsel- og udskrivelsesforløb

12 Kommunernes ansvar og opgave

12 Fælles ansvar og opgaver på tværs

13 Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

14 **Implementering**

15 **Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter**

16 **Bilag 1:** Arbejdsgruppens medlemmer

17 **Bilag 2:** Høringsparter

18 **Bilag 3:** Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

19 **Bilag 4:** Oversigt over gældende lovgivning på området

22 **Bilag 5:** Niveauinddeling i svangreomsorgen

Formål med samarbejdsaftalen

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

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

Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. Der arbejdes for en ensretning i hele Region Syddanmark, og en aftale, der kan fungere med respekt for de enkelte kommuner og fødesteders organisering.

Baggrund

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

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

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

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

Ramme

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

Værktøj

Der er udarbejdet følgende værktøjer i forbindelse med samarbejdsaftalen:

1. Skabelon: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel (bilag 3)
2. Oversigt over gældende lovgivning på området (bilag 4)
3. Oversigt over graviditet-, barsel- og udskrivelsesforløb (side 11)

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

Målgruppen

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

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

Principper for samarbejdet

I Servicelovens § 46 og med Barnets Reform af 2011 ligger der en kommunal forpligtelse til at gøre en særlig indsats i forhold til gravide og familier, hvor der måtte være en bekymring omkring barnets trivsel. Det er kommunen, som har myndighedsforpligtelsen på området, og formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

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

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

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

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

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

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

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

Der kan af alle parter indkaldes til netværksmøder efter behov.

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

Lovgivning

Lovgivningen på områdes dækkes primært af:
- Sundhedsloven
- Retssikkerhedsloven
- Serviceloven
- Journalføringsbekendtgørelsen

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

Tavshedspligt og samtykke – Sundhedspersonale – Sundhedsloven

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

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

Anmodning om oplysninger – Retssikkerhedsloven

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

Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding – Serviceloven

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

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

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

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

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

Journalføringspligt – Journalføringsbekendtgørelsen

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

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

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

Det faglige indhold i underretningen bør inkludere følgende:

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

Tværsektorielt samarbejde og ansvarsfordeling

Den praktiserende læges ansvar og opgave

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

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

Sygehusets ansvar og opgave

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

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

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

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

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

Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb

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

Kommunernes ansvar og opgave

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

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

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

Sundhedsplejen

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

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

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

Familieafdelingen (myndigheden)

Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Familieafdelingen skal som led i undersøgelsen inddrage fagfolk – uanset organisatorisk tilhørsforhold – som allerede har viden om barnets og familiens forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunen bliver opmærksom på, at et barn kan have behov for særlig støtte.

Familieafdelingen er forpligtiget til at udarbejde en socialfaglig handleplan, der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen. I sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt hermedfølgende handleplan, kan familien tilbydes et forløb med indsats efter Servicelovens § 11.

Fælles ansvar og opgaver på tværs

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

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

Kommunikation

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

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

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

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

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

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

Formålet med skabelonen

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

Der kan eksempelvis anmodes om:

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

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

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

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

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

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale familieafdeling (myndighed) sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

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

Implementering

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

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

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

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

De lokale samordningsfora

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

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

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

Anbefalinger om opfølgning og evaluering på samarbejdet

Videndeling og kompetenceudvikling

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

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

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

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

Evaluering

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

Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter

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

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

Bilag 1 – Arbejdsgruppens medlemmer

- **Anne Uller** (medformand)
  Chefjordemoder, Kvindesygdomme og fødsler
  – Sygehus Lillebælt

- **Bettina Brøndsted** (medformand)
  Leder, Børne- og ungerådgivningen
  – Odense Kommune

- **Helle Gates**
  Socialrådgiver, Børneafdelingen/
  kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Lillebælt

- **Inge Olga Ibsen**
  Overlæge og leder, Familieambulatoriet – OUH

- **Jane Maria Lyngsø**
  Overlæge, Gyn. og Obstetrisk afdeling
  – Sydvestjysk Sygehus

- **Tina Vedstesen**
  Socialrådgiver, Børne-og Ungeafdelingen,
  Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet
  – Sydvestjysk Sygehus

- **Osla Dahl**
  Socialrådgiver, Børn og Unge
  – Sygehus Sønderjylland

- **Mette Rasmussen**
  Jordemoder, Kvindesygdomme og Fødsler
  – Sygehus Sønderjylland

- **Anne Thomsen**
  Leder, Familierådgivningen
  – Fredericia Kommune

- **Lene Willumsen**
  Leder, Børn & Ungeenheden
  – Vejen Kommune

- **Susanne Borring Bak**
  Faglig koordinator, Forældreværkstedet
  – Haderslev Kommune

- **Ulla Dupont**
  Ledende sundhedsplejerske
  – Vejle Kommune

- **Jette Lauvring**
  Leder, Børnesundhed
  – Assens Kommune

- **Jane Zenker Bergenhagen**
  Leder, sundhedsplejen
  – Svendborg Kommune

- **Gökhan Dinc**
  Jurist, Råds- og Direktionssekretariatet
  – Regionshuset

- **Ida Bohn** (sekretær)
  Proceskonsulent, Børn- og Ungeforvaltningen
  – Odense Kommune

- **Maja Riber Levinsen** (sekretær). Frem til 1. juli 2017
  Konsulent, Afdelingen for Tværsektorielt
  Samarbejde – Regionshuset (frem til 1. juli 2017)

- **Arne Vesth Pedersen** (sekretær). Overtaget fra MRL
  Specialkonsulent, Afdelingen for
  Tværsektorielt Samarbejde – Regionshuset

Ad Hoc

- **Anette Rasmussen**
  Afdelingssygeplejerske, Barselsafsnittet,
  Kvindesygdomme og fødsler – Sygehus Lillebælt

- **Annette Lindballe**
  Afdelingssygeplejerske, Mor Barn Center
  – Sydvestjysk Sygehus

- **Ina Djernis Olsen**
  Socialrådgiver, Familieambulatoriet – OUH

- **Rune Just**
  Jurist, Børn og Ungeforvaltningen – Vejle Kommune

- **Mikael Andreasen**
  Familie- og forebyggelseschef
  – Vejle Kommune

- **Marianne Bang**
  Konstitueret Distriktsleder Familierådgivningen
  – Esbjerg Kommune

Bilag 2 – Høringsparter

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

Fødestederne i Region Syddanmark.

De syddanske kommuners Sundhedsområde og Familie-/Børneområde.

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark.

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

Skemaet udfyldes af den kommunale familieafdeling (myndighed) og sendes til sygehus.
OBS Vejledninger skrevet med kursiv slettes i forbindelse med udfyldelse af anmodningen

Oplysninger om borger/patient	
Dato for anmodning	
Vedr. barn af	
CPR-nummer	
Terminsdato	
Kontaktoplysninger på kommunal myndighed	
Myndighedsafdelingens direkte nummer og mail (modtagelsen)	
Kommunal socialrådgiver (navn, tlf.nr. og mail)	
Kontakt udenfor åbningstid	*(Her tages stilling til, om den sociale bagvagt skal kontaktes, når patienten indlægges mhp. fødsel, og hvordan afdelingen skal forholde sig uden for åbningstid og på helligdage)*
Orientering fra kommune til sygehus (Kommunens afgørelse eller aftaler med den vordende mor)	
Baggrund for anmodning	*Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) – kort*
Aftaler ved fødsel/under indlæggelse (ved ændring skal samarbejdspartnere orienteres)	*Kommunens aftaler med familien, fx hvilken foranstaltning der planlægges* *Specifikke aftaler med sygehuset i forbindelse med fødsel og barsel*
Aftale om prævention	*Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen*
Kommunens EAN nummer	*Bruges ved udgifter til prævention*
Anmodning fra kommunen om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. konkrete oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehus	*Der kan eksempelvis anmodes om:* • *Hvem kontaktes og hvornår* • *Besked ved fødsel* • *Besked/invitation til udskrivelsesmøde* • *Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.* *Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.*
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	*Ja* *Nej (Indhentes jf. § 11c)*

Bilag 4 – Oversigt over gældende lovgivning på området

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

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

Sundhedsloven § 40 og 43

Sundhedspersoners tavshedspligt

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

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

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

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

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

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

Sygehusets hjemmel for at videregive oplysninger til kommunen

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

Således er alle videregivelsesbestemmelser i sundhedsloven en undtagelse fra ovenstående.

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

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

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

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

Relevant for arbejdet med målgruppen er navnlig:

- Retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1
- Retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1, og
- Servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Disse bestemmelser uddybes herefter.

Retssikkerhedsloven § 11 a og c

Myndighedens anmodning efter forudgående samtykke fra borgeren, jf. retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1:

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

Bilag 4

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

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

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

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

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

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

Serviceloven § 153 & 155 b

Offentlig ansattes underretningspligt

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

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

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

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

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

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

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

Bilag 4

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

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

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

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

Kommunal tilbagemelding, jf. servicelovens § 155 b

Kommunen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

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

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

Journalføringsbekendtgørelsens § 29

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

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

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

Bilag 5 – Niveauinddeling i svangreomsorgen

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

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

NIVEAU 1

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

NIVEAU 2

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

NIVEAU 3

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

NIVEAU 4

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

14958 - Grafisk Service - Region Syddanmark - 02.2018

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

2018

Godkendt af Det Administrative kontaktforum
den 25. januar 2018

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Region Syddanmark

Indhold

1. Indledning **4**

2. Formål og ramme **5**

3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus **6**

4. Aktører **7**

5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler **8**

6. Opgaver og ansvarsfordeling **9**

Før graviditet 9

Under graviditet 9

Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen 12

Opfølgende undersøgelser af barnet 12

7. Lovgivning på området **14**

Patientens retsstilling 14

Samtykke ved behandling af mindreårige børn 14

Underretningspligt 15

8. Kontaktoplysninger **16**

9. Monitorering og opfølgning **17**

BILAG **18**

BILAG 1 | Inklusions- og opfølgningskriterier 18

BILAG 2 | Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset 22

BILAG 3 | Oversigt over gældende lovgivning på området 23

BILAG 4.0 | Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger 29

BILAG 4.1 | Samtykkeerklæring til netværksmøder 30

BILAG 4.2 | Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger 31

BILAG 5 | Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne 32

BILAG 6 | Arbejdsgruppens medlemmer 35

BILAG 7 | Høringsparter 36

1. Indledning

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Samarbejdsaftale mellem Familieambulatoriet Plus, almen praksis og kommuner i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn indtil skolealderen, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Denne aftale erstatter den tidligere samarbejdsaftale fra august 2012 *"Samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin*".

Aftalen er en underaftale tilknyttet Sundhedsaftalen 2015-2018.

Samarbejdsaftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Behandling og Pleje. Se oversigt over arbejdsgruppens medlemmer i bilag 6.

Aftalen har været i høring i perioden oktober – november 2017 ved kommuner, PLO og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark, og aftalen er tilrettet i henhold til de indkomne kommentarer.

Samarbejdsaftalen er godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 25. januar 2018.

2. Formål og ramme

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Det skal understreges, at det er kommunen, der har kompetencen som myndighed på området. Familieambulatoriet Plus er således et supplement til den kommunale indsats over for målgruppen.

Ramme

Aftalen skal desuden ses som supplement til Fødeplanen for Region Syddanmark af 2014, og den uddybende beskrivelse af målgruppe, organisering, behandlingstilbud og samarbejdsrelationer vedrørende Familieambulatoriet, som er beskrevet i Fødeplanen [1].

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet vejledninger og anbefalinger, som danner en del af grundlaget for samarbejdsaftalen, herunder; "Anbefalinger om Svangreomsorg" 2013, "Vejledning om etablering af Familieambulatorier – med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelbrug" 2009 og "Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel" 2010.

I Region Syddanmark er der udarbejdet "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide" af 2017. Målgruppen for indeværende aftale – målgruppen for Familieambulatoriet Plus – er en delmængde af målgruppen defineret i "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide". Det særlige ved indeværende aftales målgruppe er, at disse gravide har haft et forbrug, som opfylder Familieambulatorie Plus' inklusionskriterier under graviditeten, og at barnet som følge deraf følges i Familieambulatoriet Plus indtil skolealderen.

Der opfordres til, at fagprofessionelle, der arbejder med indeværende aftale, også orienterer sig i **"Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide"**. Denne aftale omhandler alle gravide – uanset niveau – hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning, og derfor et samarbejde mellem sygehus og kommune.

1) Fødeplanen for Region Syddanmark 2010, afsnit 18 om Familieambulatoriet

3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet er en regional enhed, ledelsesmæssigt forankret ved Odense Universitetshospital, men med ligeværdige afdelinger i hhv. Odense, Esbjerg, Kolding og Aabenraa. Familieambulatoriet ved de enkelte fødesteder samarbejder med de bopælskommuner, som de gravide kommer fra.

Den overordnede målgruppe for Familieambulatoriet er sårbare gravide (for nærmere definition se Samarbejdsaftale om sårbare gravide), og målgruppen for Familieambulatoriet Plus er en undergruppe, der tilbydes et udvidet tilbud for børnene op til skolestart.

Målgruppe

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

Forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i forbindelse med Familieambulatoriet Plus' målgruppe defineres som følger, jf. gældende inklusionskriterier (bilag 1):

Alkoholindtag

- ≥ 7 genstande ugentligt – (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- ≥ 5 genstande på én gang efter erkendt graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten - Episodisk højt alkoholforbrug.
- ≥ 10 genstande på én gang ≥ 1 gang i graviditeten, episodisk meget højt alkoholforbrug.
- Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring og/eller tvivl ved graden af alkoholindtag.

Definition forbrug af rusmidler

- Ethvert lille eller stort forbrug af illegale rusmidler under graviditeten.
- Forbrug af cannabis ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug efter erkendt graviditet medfører inklusion.

Definition forbrug af afhængighedsskabende medicin

- Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage vilkårligt fordelt i graviditeten.
- Gravide i substitutionsbehandling og/eller i medicinsk behandling for misbrug.

Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds.

4. Aktører

Region Syddanmark

- Familieambulatoriet Plus
  - Kvindesygdomme og fødsler (Gynækologisk Obstetrisk Afdeling)
  - Børneafdelingen
- Psykiatrien
- Smertebehandlingsenheder

Kommunerne

- Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet)
- Behandlingscenter
  - Alkohol
  - Rusmiddel
- Sundhedsplejen
- Pædagogisk/Psykologisk rådgivning
- Socialpsykiatrien

Praktiserende læger

5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler

En systematisk og tidlig opsporing med henblik på en forebyggende indsats er meget væsentlig for at mindske risikoen for, at der fødes børn med skader som følge af moderens forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i graviditeten.

Det er nødvendigt, at alle – såvel almen praksis som kommunale og regionale instanser – er opmærksomme ved kontakten med borgere og patienter, og således bidrager til at opspore gravide med et skadeligt forbrug.

Gravide kan blive henvist til Familieambulatoriet Plus fra praktiserende læger, jordemødre, kommunale forvaltninger m.v. Den gravide kan endvidere selv henvende sig i Familieambulatoriet Plus. Uden for dagtid kan henvendelse ske til obstetrisk vagthavende læge, eller ved kontakt til fødeafdelingernes vagthavende jordemoder.

Familieambulatoriet Plus modtager henvisninger på børn under skolealderen, hvor der er mistanke om, at barnet har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen, og hvor barnet ønskes undersøgt med henblik på afklaring og tilrettelæggelse af en relevant plan.

Alle fagpersoner og privatpersoner kan henvise til Familieambulatoriet Plus, herunder bl.a. læger, sundhedsplejersker, pædagoger, (pleje)forældre, m.v.

Gennem hele processen lægges der vægt på det gode, ansvarlige og forpligtende samarbejde, så alle parter er med til at motivere til, at borgeren/patienten tager imod relevante tilbud. Det forpligtende samarbejde betyder også, at der skal være en opfølgning på, om der har været fremmøde på det pågældende tilbud og handling, hvis dette ikke er tilfældet.

6. Opgaver og ansvarsfordeling

Før graviditet

Alle fagprofessionelle er forpligtet til at støtte og hjælpe fertile kvinder, som har et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler med råd, vejledning og eventuel etablering af sikker prævention. Såfremt en fertil kvinde, som har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler, udtrykker ønske om graviditet, bør kvinden henvises til prækonceptionel samtale hos praktiserende læge, som eventuelt kan henvise til andre relevante behandlere som for eksempel rusmiddelbehandler, specialist i behandling med smertestillende medicin, psykiater og/eller speciallæge i Familieambulatoriet Plus.

Formålet med en prækonceptionel samtale er forebyggelse og planlægning af graviditet. Såfremt den gravide og/eller parret umiddelbart fremstår med et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykiatriske og/eller sociale udfordringer, som skønnes at være uforenelige med forældreskab, har kommunen mulighed for at tilbyde kvinden eller parret samtale omkring familieplanlægning og konsekvenserne af nuværende livsstil.

Under graviditet

Ethvert forbrug af tobak, alkohol og/ eller rusmidler frarådes i graviditet. Ved forbrug af mindre end grænserne for inklusion i Familieambulatoriet Plus, forventes alle fagprofessionelle at rådgive om og støtte gravide i afholdenhed jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangeromsorg, idet den nedre grænse for skadeligt forbrug ikke med sikkerhed kendes.

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus kontakter den gravide senest 7 dage efter henvisningen og indkalder efter faglig vurdering til en afklarende samtale. Det er væsentligt, at den gravide kan få hurtig afklaring og rådgivning i forhold til risikofaktorer i graviditeten, herunder gennemførelse eller afbrydelse af svangerskabet.
- Familieambulatoriet Plus indhenter, om muligt, samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejde med den kommunale sundhedspleje, Familieafdeling (myndighed) og andre relevante aktører (se bilag 4.2). Er der bekymring, afsendes så hurtigt som muligt en underretning til Familieafdeling (myndighed).
- Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes det, om der er grundlag for en underretning.
- Såfremt der er svære problematikker, som kræver akut sundhedsfaglig vurdering og behandling, kan den gravide modtages akut efter telefonisk henvisning til Familieambulatoriet Plus eller uden for dagtid via obstetrisk vagthavende eller fødegangen.
- Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus at kontakte den gravide, og ved bekymring underrettes Familieafdelingen (myndigheden).
- Så snart der er tilbagemelding fra den kommunale forvaltning vedrørende, hvilken sagsbehandler den gravide er tildelt, skal dette noteres i den gravides journal.
- Ved første jordemoderkontrol i Familieambulatoriet Plus sendes henvisning og orientering til Sundhedsplejen med henblik på eventuelt tidlig kontakt i graviditeten.

Kommunen

- Kommunen skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler. Såfremt kommunen identificerer gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer kommunen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.
- Kommunen indhenter samtykke fra den gravide, med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger (se bilag 4.2).
- Såfremt der er en børne- og ungesag, er kommunen forpligtet til at sikre koordinering af en helhedsorienteret indsats. Kommunen giver Familieambulatoriet Plus besked om, hvem der er sagsbehandler (tovholder).
- Tidligt i forløbet tages stilling til, hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus til fødsel samt ved akutte tilstande, sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde, skal søges løst i god tid.
- Der tages stilling til og træffes beslutning om finansiering samt planlægning af fremtidig prævention.
- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger.
- Hvis den gravide ikke ønsker at komme i Familieambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.
- Substitutions- eller rusmiddelbehandling iværksættes ved identificeret behov og gerne så tidligt i graviditeten, som muligt. Ved iværksættelse af behandling er der behov for koordinering mellem den behandlende læge og Familieambulatoriet Plus om den medicinske behandling
- Det anbefales, at gravide og børn i Familieambulatoriet Plus samles hos en mindre gruppe specialiserede medarbejdere i kommunen med særligt kendskab til målgruppen.

Almen praksis

- Praktiserende læge skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.
- Praktiserende læge informerer alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten.
- Praktiserende læge noterer alle de oplysninger, som haves, vedrørende den gravides forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykosociale udfordringer, psykiatrisk anamnese og al øvrig medicinsk behandling i svangrepapirerne.
- Praktiserende læge henviser hurtigst muligt til Familieambulatoriet Plus, såfremt en gravid har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. inklusionskriterierne i bilag 1. Dette kan i akutte tilfælde gøres telefonisk med eftersendelse af svangerpapirer.
- Ved bekymring i graviditeten sender praktiserende læge en underretning til Familieafdelingen (myndigheden). Dette noteres på svangrehenvisningen.
- Praktiserende læge foretager de almindelige graviditetsundersøgelser og modtager/videresender relevante oplysninger til/fra Familieambulatoriet Plus. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes ny underretning til kommunen.
- Praktiserende læge modtager indkaldelse til og referat af alle koordinerende møder afholdt med patienten, såfremt der er afgivet samtykke hertil. Deltagelse i de koordinerende møder kan evt. foregå via telefon eller videokonference

Psykiatrien

- Psykiatrien skal medvirke til opsporing af gravide, hvor der er mistanke om, at et foster eksponeres for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen. Såfremt psykiatrien identificerer disse, informeres den gravide om Familieambulatoriet Plus´ tilbud, psykiatrien sikrer eventuel henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.
- Psykiatrien orienteres om gravide patienter med forløb i behandlingspsykiatrien med tilknytning til Familieambulatoriet Plus. Ved særligt behov for koordination inddrages behandler fra psykiatrien i de koordinerende møder, evt. via telefon eller videokonference.
- Psykiatrien vurderer arten og omfanget af den psykiatriske behandling i forhold til graviditeten.
- Det er hensigtsmæssigt, at der sker en koordinering mellem den behandlende psykiater og Familieambulatoriet Plus omkring den medicinske behandling.
- Der opfordres til, at voksenpsykiatrien deltager i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet Plus, når dette er relevant.
- Psykiatrien kan indkaldes og deltage efter behov i konkrete sager, og psykiatrien skal orienteres, hvis en af deres patienter er gravide, så der kan træffes forholdsregler i forhold til medicineringen, hvor det er relevant.

Tværsektoriel koordinering

Samarbejde omkring den gravide forankres på tværsektorielle koordinationsmøder. Familieambulatoriet Plus indkalder, på baggrund af faglig vurdering, den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværsektorielle koordinationsmøde. Praktiserende læge orienteres om mødet, og deltager hvis muligt. Det tilstræbes, at indkaldelsen sker med 14 dages varsel for at sikre, at så mange aktører så muligt kan deltage.

Formålet med mødet er at få tilrettelagt en både kort- og langsigtet plan for den gravide, og at få aftalt rolle og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne, medmindre anden arbejdsdeling aftales på det første møde. Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Referatet sendes, efter indhentet samtykke, til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet, og føres til referat, se evt. bilag 4.0, 4.1 og 4,2.

Plan for graviditet, fødsel og barsel

Familieambulatoriet Plus sikrer – i samarbejde med den gravide, samt øvrige hospitalsafdelinger, kommune, praktiserende læge og eventuelt andre relevante aktører – at der udarbejdes en plan for graviditeten, fødslen og barselsperioden. Denne overordnede plan indeholder en delplan for observation og behandling af barnet efter fødslen, samt en delplan for tiden efter udskrivelse.

Planen udgør én samlet plan med to sideløbende indsatsområder for henholdsvis den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats i forhold til familien/barnet.

Planen for, hvad der skal ske umiddelbart efter fødslen og i forbindelse med udskrivelsen, skal foreligge i god tid inden fødslen.

I hver plan er opgave- og ansvarsfordelingen beskrevet, samt hvilke initiativer, der skal sættes i værk.

Planen indeholder oplysninger om kontaktpersoner (for eksempel rusmiddelbehandler og myndighedsperson) i kommunen, samt hvem der skal kontaktes i hastende tilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes. Endvidere fremgår familieambulatoriet Plus' kontaktperson.

Alle parter er forpligtet til at følge den aftalte plan.

Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Nedenstående afsnit beskriver arbejdsgange og rammerne for, hvordan der anmodes om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Yderlig information kan hentes i Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide i Region Syddanmark (2017).

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

Formålet med skabelonen

I samarbejdsaftalen om sårbare gravide er der udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb.

Skabelonen skal også bruges til målgruppen i Familieambulatoriet Plus, når der er samarbejde med Familieafdelingen (myndighed og sygehus).

Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 2.

Der kan eksempelvis anmodes om:

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

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

Sundhedspersonalet på sygehuset skal beskrive det, som de ser, er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og de må således ikke lave fortolkninger, vurderinger eller pege på konkrete kommunale indsatser. Sygehuset må kun sende de oplysninger, kommunen beder om (se bilag 4.0, 4.1 og 4.2).

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

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

Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale Familieafdeling (myndighed), sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Sygehusene er ikke forpligtet til at imødekomme anmodninger om specifikke indlæggelsesvarigheder

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

Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen

Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jf. specialplanen. Det fremgår tydeligt af denne plan, hvem i kommunen, der skal kontaktes, samt telefonnummer på denne.
- Ved behov etablerer Familieambulatoriet Plus i samarbejde med kommunen inden udskrivelsen udskrivningskonference med relevante parter (kan afholdes som telefon- eller videokonference).
- Fødestedet orienterer psykiatrien om udskrivelsen, hvis det vurderes relevant.
- Familieambulatoriet Plus kan i udskrivelsessamtalen ved behov medvirke i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings tilrettelæggelse af støtteforanstaltninger efter udskrivelsen.

Kommunen

- Kommunen (sundhedsplejerske, socialrådgiver osv.) deltager ved behov i udskrivningskonference.
- Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, herunder rusmiddelbehandling, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet.
- Kommunen løfter alle "normale" opgaver, der dækkes i basistilbud, herunder f.eks. sundhedsplejerskens modtagelse af udskrivelsesbrev og varetagelse af barsels- og etableringsbesøg samt opfølgende kontakter, herunder behovsbesøg., og Familieafdelingens indsats og koordinering omkring evt. besluttede foranstaltninger.

Almen praksis

- Praktiserende læge modtager epikrise efter udskrivelse fra fødsel og barsel.
- Praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.
- Praktiserende læge vurderer ved denne undersøgelse moderens fysiske og psykiske tilstand, drøfter familiens trivsel og drøfter samt etablerer evt. prævention jf. specialplan (evt. bevilget af kommunen).

Psykiatrien

- Behandler fra psykiatrien deltager ved behov i udskrivningskonference
- Behandler fra psykiatrien modtager besked ved udskrivelse, såfremt dette på forhånd er aftalt i planen.
- Spæd- og småbørnsfunktionen deltager i møder i Familieambulatorium Plus i forhold til opfølgningen på børnene.

Opfølgende undersøgelser af barnet

Familieambulatoriet Plus' ansvar – opfølgning

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jf. Inklusions- og opfølgningskriterier (bilag 1).
- Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang, det vurderes fagligt relevant, og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I forlængelse af undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.
- I Familieambulatoriet Plus følges børn, der har været eksponeret jf. inklusionskriterierne før erkendt graviditet, uanset om der er eller har været en aktiv børnesag i Familieafdelingen (myndigheden).

Samtykke og underretning:

- Familieambulatoriet Plus indhenter samtykke fra forældrene til, at barnet må følges i Familieambulatoriet Plus, og at der må udveksles oplysninger med de, for det pågældende barn, relevante samarbejdspartnere (se bilag 4.0, 4,1 og 4.2).
- I de situationer, hvor der ikke kan indhentes samtykke hos de biologiske forældre, og hvor barnet er anbragt, kontakter Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver kommunen med henblik på at få et sådant samtykke fremskaffet.
- Er der en børnesag i kommunen, og ønsker forældrene ikke, at der sendes notat til kommunal socialrådgiver, tages der stilling til, om der er grundlag for underretning.

Netværksmøder:

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.
- Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver til netværksmødet.
- Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde med mindre socialforvaltningen vurderer andet.
- Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt 4 uger før mødedatoen.
- Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.
- Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.
- Familieambulatoriet Plus beskriver på mødet, hvorvidt der er udviklingsmæssig bekymring i det nuværende dagtilbud, eller hvorvidt dette kan forventes på baggrund af evidens.

Afslutning og opfølgning:

- Hvis barnet flytter, og familien fortsat ønsker at fortsætte forløbet i Familieambulatoriet Plus, der hvor de bosætter sig, laver Familieambulatoriets Plus' læge eller psykolog henvisning dertil.
- I de tilfælde, hvor der ikke er, eller ikke længere er, en børnesag i familieafdelingen, og hvor der ikke er grundlag for underretning eller netværksmøder, aftales med forældrene, om man fra Familieambulatoriet Plus må kontakte sundhedsplejersken, daginstitutionen eller PPR, hvis der vurderes at være behov for ekstra støtte til barnet.
- Såfremt der ved afslutning i Familieambulatoriet Plus fortsat er en børnesag i familieafdelingen, laves en sammenfatning af forløbet indeholdende en statusvurdering i forhold til barnets helbredsmæssige, psykologiske og kognitive tilstand. Der kan også indkaldes til et afsluttende netværksmøde efter faglig vurdering.

Kommunen

- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til den kommunale indsats i forhold til barnet/familien.
- Såfremt der er en aktiv børnesag, skriver kommunen opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus.
- De inviterede fagpersoner prioriterer deltagelse ved møderne i Familieambulatoriet Plus, da f.eks. sundhedsplejersken kan få en fornyet rolle i forbindelse med skolestart.
- PPR/Specialrådgivningen deltager ved netværksmøderne efter faglig vurdering, uanset om barnet er kendt i forvejen eller ej. Rollen ved deltagelse er som konsulativ bistand.
- I nogle kommuner kan Pladsanvisningen med fordel inviteres, med forældremyndighedsindehavers samtykke.
- Dagtilbuddet beskriver ved netværksmødet barnets dagligdag sammen med barnets primære omsorgspersoner.
- Det er PPR el. lign., der vurderer, hvilket dag- eller skoletilbud barnet matches til, og det er ligeledes PPR el. lign., der vurderer, hvorvidt der er behov for ekstra ressourcer i dag-/skoletilbuddet.
- Kommunen er behjælpelig med at indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaver efter gældende regler i tilfælde, hvor barnet er anbragt udenfor hjemmet.
- Kommunen skal anmode forældremyndighedsindehaver om samtykke til Familieambulatoriet Plus' psykologiske undersøgelser, da Familieambulatoriet Plus bl.a. benytter "Bayley" og "WPSSI 4".
- I forhold til samarbejdet med praktiserende læge, sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Almen praksis

- Praktiserende læge følger barnet gennem de almindelige børneundersøgelser.
- Praktiserende læge deltager i koordinerende møder, hvor det er relevant, og orienteres om undersøgelser af barnet i Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge rapporterer relevante sociale, psykiske og fysiske ændringer til Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge prioriterer at deltage i netværksmøderne arrangeret med familierne og fagpersonerne, når det er relevant og muligt.

Psykiatrien

Den regionale spæd- og småbørnspsykiatri deltager i formaliseret samarbejdsmøde (liaisonmøde) med det regionale Familieambulatorie Plus en gang i kvartalet, med henblik på drøftelse af børn med mulige børnepsykiatriske problemstillinger. Møderne kan afholdes via videokonference.

7. Lovgivning på området

Patientens retsstilling

Medarbejdere, der arbejder under Sundhedsloven, har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra den enkelte borger.

Videregivelse af information uden samtykke til andre formål end behandling kan kun ske, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, og når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Samtykke skal dog altid forsøges indhentet, eller som minimum bør borgeren informeres om videregivelsen. Denne orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev.

Samtykke til at videregive oplysninger til andre formål end behandling, skal gives til den sundhedsperson, der er i besiddelse af og skal videregive oplysningerne.

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedsloven. Et sådant kan gives enten mundtligt eller skriftligt, og kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne, samt til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, om patienten har givet samtykke til videregivelse.

Det skal journalføres, når og hvordan borgeren er blevet orienteret. Desuden bør det journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning, samt med hvilket formål.

Det er den enkelte afdelings ansvar, at der indhentes samtykke til relevante samarbejdspartnere. Et eksempel på en samtykkeerklæring fra Familieambulatoriet (også gældende for Familieambulatoriet Plus) kan findes i bilag 4.0, 4.1 og 4.2.

Lovgivning i Sundhedsloven om indhentning og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner, herunder både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Deltager andre faggrupper aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan disse få adgang til de samme patientoplysninger, som den fagperson opgaverne udføres for, såfremt oplysninger er relevante for udførslen af deres opgave.

Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen på sygehuset/i Familieambulatoriet kan anses som en sundhedsfaglig opgave, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Samtykke ved behandling af mindreårige børn

Af Sundhedsloven fremgår det, at enhver behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, herunder samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. bilag 3).

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Er barnet fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information herom og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdags karakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergå almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.

Det følger af Forældreansvarsloven, at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver (jf. bilag 3).

Ved anbringelse af børn uden for hjemmet sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Dette betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. I praksis har den anbringende kommune dog vidtgående beføjelse til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse, og har på baggrund af serviceloven § 69 i visse tilfælde hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling. Ifølge sundhedsloven skal forældremyndighedsindehavere som udgangspunkt fortsat orienteres og samtykke til behandling.

Underretningspligt

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En sådan bekymring kan komme fra en fagperson eller en privat borger (jf. bilag 3). Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Det er endvidere muligt at underrette anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. I tilfælde, hvor underretter er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder alle, der udøver offentlige tjenester, herunder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske. Disse har skærpet underretningspligt, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at et barn uanset alder har eller vil få behov for særlig støtte.

Det er muligt for fagpersoner at få anonym rådgivning og vejledning fra et myndighedsafsnit. Myndigheden har notatpligt på alle henvendelser, der er personhenførbare.

8. Kontaktoplysninger

Sundhed.dk

www.sundhed.dk vil udgøre kontaktplatform for relevante kontaktoplysninger vedrørende samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus i Region Syddanmark.

Kontaktoplysningerne er samlet her: **www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne**

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

Således vil der på sundhed.dk være samlet kontaktinformationer om:

- Relevante kommunale instanser
  - Overordnede myndighedspostkasser til f.eks. henvendelse eller underretning
  - Sundhedsplejerske
- Misbrugscentre
- Familieambulatorier
- Fødeafdelinger
- Psykiatrien
- Almen praksis

Søgning i sundhed.dk

For at finde relevante kontaktsider vedr. samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus, skal der vælges fanebladet "Fagperson", herefter søges i fritekstfeltet, med teksten "Familieambulatorier". Vælg her siden med titlen "Kontakter Familieambulatoriet – Region Syddanmark".

Kontaktoplysninger

Det tilstræbes, at kontaktoplysningerne er på organisations- og afdelingsniveau, både telefonnumre og mailadresser.

Såfremt der sker ændringer i kontaktoplysningerne, eller der er behov for opdatering af oplysningerne, har den enkelte kommune eller regionale enhed ansvaret for at opdatere oplysninger ved at kontakte relevant (lokal) redaktør af Sundhed.dk.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner i Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet Plus udpeger en kontaktperson til hver gravid, der er tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Kommune, praktiserende læge, jordemodercenter og andre relevante parter orienteres om kontaktpersonen.

Udpegning af konkrete kontaktpersoner i kommunen

Kommunen tilknytter en kommunal kontaktperson til den gravide, som Familieambulatoriet Plus kan kontakte med henblik på planlægning og deltagelse i det konkrete samarbejde om den gravide.

I forhold til samarbejdet med praktiserende læge sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

kontakt-familieambulatoriet

www.sundhed.dk

9. Monitorering og opfølgning

Den regionale samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark vurderes løbende i det daglige samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og Familieambulatorierne.

Aftalen vurderes konkret én gang årligt i Følgegruppen for behandling og pleje, under Sundhedsaftalen. Samarbejdsparterne følger op på samarbejdsaftalen ved at drøfte denne på de møder om gravide og nyfødte, der er aftalt i regi af Sundhedsaftalen.

Aftalen monitoreres og evalueres løbende ud fra allerede registrerede data i COSMIC (eller det nye PAS system, når det er klart), herunder:

- Antal unikke gravide tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Antal unikke børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus, heraf nyinkluderede pr. år
- Årsager til inklusion i Familieambulatoriet Plus (gravide) defineret ud fra diagnoser med angivelse af forbrugstype/problematik

Der vil i første omgang blive monitoreret på ovenstående data. Derudover pågår pt. et arbejde med at afklare, hvad der mere skal måles på. Dette arbejde pågår i regi af Styregruppen for Familieambulatoriet samt i den regionale Arbejdsgruppe vedr. fødselsrapportering på COSMIC data. Når arbejdet er tilendebragt, og der er udarbejdet en baseline for disse data, vil en egentlig monitorering påbegyndes. Familieambulatorierne vil blive inddraget i arbejdet og høre nærmere herom.

BILAG 1
Inklusions- og opfølgningskriterier

Inklusionskriterier for gravide kvinder i Familieambulatoriet Plus

Forbruget regnes fra sidste menstruations første dag

1) Alkoholindtag:

- **(1a)** ≥ 7 genstande ugentligt (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- **(1b)** Episodisk højt alkoholforbrug (≥ 5 genstande på én gang = binge-drinking) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller ≥ 3 gange i graviditeten.
- **(1c)** Episodisk meget højt alkoholforbrug (≥ 10 genstande på én gang) ≥ 1 gang i graviditeten.
- **(1d)** Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring.

2) Forbrug af afhængighedsskabende medicin i ≥ 7 fortløbende dage i graviditeten og/eller ≥ 15 dage spredt i graviditeten.

- **(2a)** Forudsætninger: Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds (fx Smerteklinik, Psykiatrisk Afdeling, Reumatologisk Afdeling etc).

- **(2b)** Indregistrerede opioide analgetika, opiater og andre analgetika:
  - Alfentanil
  - Buprenorfin
  - Dekstroproxyfen
  - Etylmorfin
  - Fentanyl
  - Heroin
  - Hydromorphon
  - Ketobemidon
  - Ketogan.
  - Kodein
  - Metadon
  - Methylnaltrexon
  - Morfin
  - Nalbufin
  - Naltrexon
  - Nicomorfin
  - Noskapin
  - Oxycodon.
  - Oxymorfin.
  - Papaverin.
  - Pethidin.
  - Remifentanil.
  - Sufentanil.
  - Tapentadol.
  - Tebain.
  - Tramadol.

- **(2c)** Indregistrerede sedativa-anxiolytika-hypnotika:
  - Benzodiazepiner og medikamenter, som virker på benzodiazepinreceptorerne (fx Zopiclon og Zolpidem).
  - Phenobarbital.
  - Ketamin. (kun indregistreret som systemisk eller lokal ænestesimiddel (og ikke som hypnosedativa).

- **(2d)** Ikke-læge-ordineret forbrug af indregistrerede centralstimulerende lægemidler:
  - Methylphenidat (= Ritalin, behandling af ADHD og narkolepsi).
  - Lisdexamfetamin (= Elvanse, behandling af ADHD).
  - Atomoxetin (= Strattera, behandling af ADHD).
  - Modafinil (= Modafinil, Modiodal, behandling af narkolepsi).
  - Bupropion (= Wellbutrin, Zyban, behandling af tobaksafhængighed)

3) Ethvert forbrug af illegale rusmidler i graviditeten.

- **OBS:** Cannabisforbrug ≤ 3 gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug af cannabis efter erkendt graviditet medfører inklusion.
- **OBS:** Tobak-/nikotinforbrug medfører ikke inklusion alene trods dets skadevirkende effekt på graviditet og det opvoksende barn. Vær dog opmærksom på, at tobak-/nikotinforbrug kan forværre effekten af andet rusmiddelbrug under graviditet.

(3a) Illegale centralstimulantia:

- Kokain.
- Amfetamin.
- Methamfetamin.
- Methylendioxymethylamfetamin (MDMA/ecstasy).
- Amfetaminderivater.
- Fentanylanaloger.
- Kath-blade.

(3b) Illegale hallucinogener:

- LSD.
- Psilocybin-svampe.
- Psilocin-svampe.
- Meskalin (peyotekaktus).
- Snerlefrø (ipomoea-arter, LSD- lignende).
- Fencyclidin.
- Dimetyltryptamin.

(3c) Inhalantia/flygtige opløsningsmidler:

- Toluen.
- Acetone.
- Trichlorethan.
- Ethylacetat.
- Propan.
- Kloroform.
- Heksan.
- Benzin.

(3d) Andre illegale psykoaktive rusmidler (herunder, men ikke begrænset til)**:**

- Heroin.
- GHB (gammahydroxybutyrat) /fantasy.
- Cannabinoider (cannabis, hash, marihuana) (≥ 4 gange i graviditeten).
- PMA (4-methoxtamfetamin).
- PMMA (4-methoxymethamfetamin)
- 4MTA (4-methylthioamfetamin).

4) Gravide i medikamentel behandling for afhængighed af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Gravide i behandling med medicinsk cannabis inkluderes som for cannabis i øvrigt.

Inklusionskriterier for børn i Familieambulatoriet

5) **Børn i alderen 0 år til skolealderen, som i fostertilværelsen har været eksponerede for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. ovenstående grænser.**

- **(5a) OBS.** Børn eksponerede alene for cannabisforbrug ≤ 3 gange under graviditeten følges dog ikke.

Opfølgningskriterier for børn i Familieambulatoriet*

Børnene inddeles i kategorier (let = grøn, moderat = gul og svær = rød), som retningslinje for hyppigheden af de opfølgende børneundersøgelser.

Kategoriseringen vurderes i Familieambulatoriet på basis af barnets grad af eksponering for rusmidler under graviditeten i kombination med følgende forhold:

- Barnets somatiske historie, herunder viden om graviditetsperioden, fødselstids- punkt, fødselsvægt, abstinenssymptomer, genetiske dispositioner samt aktuelle medicinforbrug.
- Barnets aktuelle fysiske/psykiske tilstand ud fra oplysninger fra omsorgspersonerne samt de seneste undersøgelsesresultater fra den opfølgende børneundersøgelse.
- De psykologiske forhold i familien i form af forældrenes ressourcer som forældre, støttende netværk og tilknytningen mellem barn og omsorgsperson.
- Familiens sociale situation, herunder stabilitet, boligforhold, beskæftigelse, forældrenes livsførelse i forhold til barnets behov og forældrenes aktuelle forbrug.
- Eventuelle iværksatte støtteforanstaltninger.

Ved ændringer i ovenstående forhold kan kategoriseringen for det enkelte barn løbende ændres.

Vejledende børneundersøgelser i Familieambulatoriet*						
Barnets alder	**GRØN** (let)		**GUL** (moderat)		**RØD (svær)**	
	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog
5-8 uger	(x)		x	x	x	x
4 måneder	x	x	x	x	x	x
8 måneder					x	x
12 måneder			x	x	x	x
18 måneder					x	x
2 år	x	x	x	x	x	x
3 ½ år			x	x	x	x
5 år	x	x	x	x	x	x
6 år					x	x
Antal undersøgelser i alt	3-4	3	6	6	9	9

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. VEJ nr. 9009 af 27/12/2013. SST, j.nr. 5-3210-13. 2014.
2. World Health Organization (WHO). Substance Use. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.
3. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner. Diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.

**Med udgangspunkt i psykologernes forslag til fælles standard for børneundersøgelser vedtaget på årsseminaret den 5. november 2014. Børneopfølgningen er under fortsat revision.*

BILAG 2
Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

Denne skabelon anvendes ved kommunikation mellem kommunen og sygehuset ved anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.

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

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

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

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

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

BILAG 3
Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med det formål at uddybe nogle af de juridiske problemstillinger, som vedrører sundhedspersonalet og myndighedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger i tilknytning til Familieambulatoriet.

Nedenfor behandles emner i tilknytning til særligt de problematikker, som rejser sig i forhold til mindreårige, og regler om samtykke til at indhente og videregive sundhedsoplysninger.

Samtykke til behandling af mindreårige børn
Det følger af Sundhedslovens § 15, at behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Behandling defineres i Sundhedslovens § 5 som samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år, som ikke har indgået ægteskab og er myndige) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Hvis barnet er fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen jf. Sundhedslovens § 17.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdagskarakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergive almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.
Det følger af Forældreansvarsloven § 3, stk. 1, 1. pkt., at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver.

Hvorvidt der er tale om *væsentlige* beslutninger, som kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere, beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, som foretages af den sundhedsperson, som har ansvaret for at indhente et informeret samtykke til behandling på vegne af barnet.

Vurderes det, at begge forældre skal give samtykke til behandling, har den ansvarlige sundhedsperson kun ret til at iværksætte behandling, når der foreligger samtykke fra begge forældre.
Hvis forældrene ikke er enige om iværksættelse af behandling, vil de i den situation være henvist til at søge konflikten løst efter reglerne i Forældreansvarsloven ved at starte en forældremyndighedssag.

Anbragte børn
Når børn anbringes uden for hjemmet, sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Det betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. Udgangspunktet er også, at forældremyndighedsindehavere fortsat skal orienteres og samtykke til behandling efter Sundhedslovens lovgivning.

I praksis har den anbringende kommune dog en vidtgående adgang til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse. Spørgsmål om f.eks. valg af læge, skole, indkøb af tøj og lignende vil normalt være spørgsmål, som den anbringende kommune tager stilling til i et samarbejde med anbringelsesstedet.

Kommunen har i medfør af Servicelovens § 69, stk. 1, også hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling, hvis dette er nødvendigt under hensyn til formålet med anbringelsen. F.eks. hvis der opstår uenighed mellem forældremyndighedsindehaverne, og der af den grund ikke kan opnås samtykke til nødvendig behandling.

Formålet med anbringelsen, herunder særlige forhold vedrørende pleje og behandling, skal fremgå af den lovpligtige handleplan for anbringelsen.

Det følger således af det vidtgående ansvar for barnet eller den unge, som den anbringende kommune overtager ved anbringelsen, at kommunen om nødvendigt kan træffe afgørelse om undersøgelse og lægebehandling af barnet, herunder om indlæggelse til behandling på sygehus, såvel på somatisk som psykiatrisk afdeling.

Kommunen bør dog så vidt muligt træffe bestemmelse i forståelse med barnets forældre, ligesom forældremyndighedsindehaveren som klart udgangspunkt bør informeres i forbindelse med besøg på skadestue eller lignende.

Når barnet er anbragt udenfor hjemmet, afhænger det således af forholdene omkring den enkelte anbringelse, hvilke rettigheder og pligter forældremyndighedsindehaveren fortsat har.

Under barnets anbringelse er det anbringelsesstedet/plejeforældrene, som varetager den daglige omsorg for barnet. Det antages derfor, at beslutninger om mindre undersøgelser og mild medicinering vil kunne træffes af anbringelsesstedet.

Barnets plejeforældre har dog i relation til sundhedsretten ingen rettigheder over barnet, men de kan i et vist omfang varetage barnets forhold efter aftale med kommunen.

Tavshedspligt
Det følger af Sundhedslovens § 40, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Helbredsforhold er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredstilstand. Oplysninger om rent private forhold kan være oplysninger om ægteskab, pårørende mv., og oplysninger om andre fortrolige forhold kan være oplysninger om indkomst, og sociale- og strafbare forhold.

Videregivelse af oplysninger
Som en undtagelse til bestemmelsen i Sundhedslovens § 40 om tavshedspligt, kan sundhedspersoner i medfør af Sundhedslovens § 41 videregive oplysninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling. Der kan i medfør af § 41, stk. 1 videregives oplysninger med samtykke fra patienten til brug for behandlingen af patienten selv eller behandlingen af andre patienter.

Sundhedslovens klare udgangspunkt er derfor, at der skal gives samtykke, hvis sundhedsoplysninger videregives til andre sundhedspersoner til brug for sundhedsfaglig behandling.

Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling kan ske i medfør af Sundhedslovens § 43, når visse betingelser er opfyldt.

Videregivelse af sundhedsoplysninger til andre formål, kræver ligeledes som udgangspunkt samtykke fra patienten.

Hvis der ikke foreligger samtykke fra patienten, skal betingelserne i Sundhedslovens § 43, stk. 2, for videregivelse være opfyldt.

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

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

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

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

Videregivelse af sundhedsoplysninger om mindreårige reguleres af Sundhedslovens § 17, stk. 3. Efter bestemmelsen kan et barn, der er fyldt 15 år, selv give samtykke til, at helbredsoplysninger mv. videregives i henhold til bestemmelserne i Sundhedslovens §41-49. Børn, der er fyldt 15 år, kan således selv give samtykke til, at deres helbredsoplysninger videregives til kommunen.

Hvis barnet er under 15 år, kræves samtykke til videregivelse fra forældremyndighedsindehaveren. Det antages, at det er tilstrækkeligt, at der foreligger samtykke til videregivelse fra den ene forældremyndighedsindehaver, selvom begge barnets forældre har del i forældremyndigheden, jf. Caroline Adolfsen, Mindreåriges retsstilling i relation til behandling, afsnit. 2.1.1.2.

Hvis barnets forældre har ophævet samlivet, indhentes samtykke fra bopælsforælderen.

Protesterer den anden forælder imidlertid mod videregivelsen, og har denne del i forældremyndigheden, kan oplysningerne ikke uden videre videregives.

Selvom barnet er anbragt udenfor hjemmet, er det fortsat forældremyndighedsindehaveren, som skal give samtykke til videregivelsen. Den anbringende kommune eller anbringelsesstedet/plejeforældrene indtræder ikke denne ret.

Det er muligt for sundhedspersoner efter bestemmelsen i Sundhedslovens § 43, stk. 2 og stk.3, at videregive oplysninger til andre formål end behandling, selvom der ikke foreligger samtykke fra barnets forældre eller barnet. F.eks. når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling jf. § 43, stk. 2, nr. 1.

En kommune har således mulighed for at indhente sundhedsoplysninger uden samtykke fra barnet og forældremyndighedsindehaveren efter bestemmelsen i retssikkerhedsloven § 11 c, stk. 1, nr. 1.

Bestemmelsen omhandler sager om særlig støtte til børn og unge efter Servicelovens kap. 11., når sagen drejer sig om sager uden forældresamtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter Servicelovens § 50.

Formkrav til samtykket
Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedslovens § 42. Samtykke kan gives både mundtligt og skriftligt. Samtykket kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne og til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, at der er givet samtykke til videregivelse.

Samtykke til videregivelse af oplysninger til *andre formål* end behandling, reguleres af bestemmelsen i Sundhedslovens § 44.

Kravet til samtykke er i den situation skærpet på den måde, at der som udgangspunkt er krav om skriftlighed. Et samtykke til videregivelse til andre formål bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Kravet om skriftlighed kan fraviges, hvis sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Det gælder generelt for et samtykke, at det skal være frivilligt, konkret og informeret.

Bevisbyrden for, at der er givet samtykke ligger hos myndigheden. Det kan af den grund være hensigtsmæssigt, at indhente et skriftligt samtykke også i situationer, hvor der ikke stilles krav om det.

I situationer, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke, f.eks. på grund af en patients helbredstilstand, bør dette journalføres.

Indhentelse af sundhedsoplysninger
Reglerne i Sundhedsloven om indhentelse og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner. Ved sundhedspersoner forstås både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Hvis andre faggrupper deltager aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan de få adgang til patientoplysninger, der er relevante for udførelsen af deres opgave. Udgangspunktet er, at personen har adgang til de samme oplysninger, som den autoriserede sundhedsperson opgaverne udføres for.
Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen kan anses som en sundhedsfaglig opgave jf. § 6, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Det er således relevant at foretage en konkret vurdering af den enkeltes funktion og rolle i forbindelse med patientbehandlingen.

Sundhedslovens § 42 a regulerer, hvilke personer, der ved opslag har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger mv.
Andre der udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson i forbindelse med den samlede sundhedsindsats, vil kunne indhente oplysninger med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 10.

Bemyndiges en ikke-autoriseret sundhedsperson til at udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson, vil sundhedsoplysninger kun kunne indhentes med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 11.

Kravet til samtykket fremgår i den situation af Sundhedslovens § 42 b. Der er ikke krav om, at samtykket afgives skriftligt, men den person, som er bemyndiget til at indhente oplysningen, skal sørge for, at denne har fået samtykke fra patienten til at indhente oplysningen, og at samtykket bliver tilført i patientjournalen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BILAG 4.0
Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger

Samtykkeerklæring til at indhente oplysninger
I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner, som du har/får kontakt med i din graviditet.
I forbindelse med dit forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at indhente oplysninger om (kan udfyldes af familieambulatoriet),

_____

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til udredningen/behandlingen af dit barn er nødvendig, at indhente oplysning
om,_____

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til at indhente oplysninger:
Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at Familieambulatoriet må indhente oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold fra nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver)
Cpr.nr.:_____
Navn:_____
Dato:_____
Underskrift:_____

Barn
Cpr.nr.:_____
Navn.nr.: _____

Hvem må der indhentes oplysninger fra:
( ) Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)
angiv afdeling:_____Sygehus:_____
( ) Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Kommunale misbrugsbehandling
angiv navn:_____Kommune:_____
( ) Andre (Skal angives)
angiv navn:_____Kommune:_____

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

BILAG 4.1
Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykkeerklæring til netværksmøder

Samtykke til indhentelse og videregivelse af personfølsomme oplysninger, herunder sundhedsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 i forbindelse med Familieambulatoriets netværksmøder.

Undertegnede (forældremyndighedsindehaver):

Navn:_____

Personnummer:_____

Giver herved samtykke til at Familieambulatoriet må videregive helbredsoplysninger og andre personfølsomme oplysninger om mig og mit barn:

Personnummer:_____

til relevante aktører i forbindelse med afholdelse af netværksmøder med følgende aktører: (angiv navn, afdelinger, og myndighed på de aktører, som deltager i mødet):

_____

_____

Samtykket gælder i et år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Dato:_____

Underskrift:_____

BILAG 4.2
Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger

Samtykkeerklæring til videregivelse af oplysninger
I Familieambulatoriet, har vi erfaring med, at vi sikrer det mest optimale forløb, ved at kunne samarbejde med relevante fagpersoner som du har/får kontakt med i din graviditet.

I forbindelse med dit og dit barns forløb i Familieambulatoriet, har vi vurderet, at det er nødvendigt, at videregive oplysninger om relevante sociale og helbredsmæssige forhold, der har betydning for graviditet og din situation efter fødslen.

Eller: Vi har vurderet at det af hensyn til at understøtte dit barns udvikling er relevant at videregive oplysninger, om dit barns sundhedsmæssige trivsel og udvikling.

Oplysningerne kan videregives med dit samtykke.

Erklæring om samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i medfør af sundhedslovens § 43 og oplysninger om sociale forhold i medfør af persondatalovens regler.

Undertegnede forældremyndighedsindehaver giver herved samtykke til, at –(navn på konkret sundhedsperson ansat i Familieambulatoriet) - må videregive oplysninger om mine og mit barns sociale- og helbredsmæssige forhold til nedenstående personer og myndigheder.

Undertegnede(forældremyndighedsindehaver)
Cpr.nr.:_____

Navn:_____

Dato:_____

Underskrift:_____

Barn

Cpr.nr.:_____

Navn.nr.: _____

Jeg samtykker i, at oplysninger om (angiv oplysninger, evt. i samarbejde med familieambulatoriet):

_____ , videregives til følgende personer og myndigheder

( ) Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet) (I forbindelse med planlægning af evt. støtte i graviditeten og efter fødslen):
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Jobcenter (myndighed på voksenområdet) (I forhold til afklaring af økonomi, uddannelse, arbejde)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Andre sygehus- og/eller psykiatriske afdelinger (I forhold til optimering samt koordinering af behandling og pleje)
angiv afdeling:_____Sygehus:_____
( ) Sundhedsplejerske (i forhold til råd og vejledning i graviditeten og efter fødslen)
angiv afdeling:_____Kommune:_____
( ) Kommunale misbrugsbehandling
angiv navn:_____Kommune:_____
( ) Andre
(Skal angives)_____

Samtykket gælder i 1 år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

BILAG 5
Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne

Formålet med siden er at personale som samarbejder med kommunen og de regionale instanser omkring målgruppen for Familieambulatorierne, kan tilgå kontaktinformation om kommunen, samt holde kommunen orienteret omkring målgruppen.

Kontaktinformationen skal tilstræbt ikke være på individniveau – men på organisationsniveau, for at minimere antal kontaktindgange til forskellige organisationer.

Tværsektorielt Samarbejde, Region Syd har ansvaret for at holde kommunernes overordnede kontaktside opdateret på sundhed.dk. Skulle der være ønske om ændringer på siden, sendes en mail til visinfosyd@sundhed.dk med rettelser og link til tilbuddet.

Understående oplysninger kan findes opdateret via dette link til den fælles kontaktside på sundhed.dk: www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne

Familieambulatorierne–telefonbog for Region Syddanmark

Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn, som har særlige behov. Relevante kontaktoplysninger for samarbejdet omkring målgruppen for Familieambulatoriet er samlet her.

Målgruppen

Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn i Region Syddanmark. Målgruppen for Familieambulatorierne er:

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler
- Børn fra fødsel til skolestart, som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

Der er i Familieambulatorierne ansat en række fagpersoner, som alle ønsker at tilbyde den gravide og dennes familie bedst mulig støtte i og efter graviditeten med den hensigt at give barnet den bedste start på livet.

Tilmelding og visitation

Borgeren kan henvises af egen læge, fra kommunen eller fra sygehuse-/hospitalsafdelinger. Borgeren kan selv henvende sig.
Henvisning skal ske så tidligt i graviditeten som muligt.

Find Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark her: https://www.regionsyddanmark.dk/wm477243

Kontaktinformation til Familieambulatorierne

Familieambulatoriet Odense Odense Universitetshospital, Patienthotellet, 1. etage, indgang 1/2 J.B. Winsløws Vej 4, 5000 Odense Telefon: 65 41 33 04 Mail: ouh.d.familieambulatoriet@rsyd.dk www.ouh.dk/wm338324	**Familieambulatoriet Esbjerg** Sydvestjysk Sygehus, Fødegangen Finsensgade 35, 67 Esbjerg Telefon: 79 18 32 27 (8.00-15.00) Mail: svs-familieambulatoriet@rsyd.dk www.sydvestjysksygehus.dk/wm399587
Familieambulatoriet Kolding Kolding Sygehus, Kolding Jordemoderkonsultation Skovvangen 2, 6000 Kolding Telefon: 76 36 24 68 Mail: slb-familieambulatorium@rsyd.dk www.sygehuslillebaelt.dk/wm388038	**Familieambulatoriet Aabenraa** Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa Telefon: 79 97 23 80 (8.00-14.30) Mail: shs.familieambulatoriet@rsyd.dk www.sygehussonderjylland.dk/wm356650

Kontaktinformation til kommunerne

Kommune	Afdeling	Telefon	Mail (bemærk. kan være mail til underretning)	kontaktside	Sundhedsplejen
Assens	Børn og Familie	64747517	assens@assens.dk	Klik her	64746406
Billund	Familie- og Forebyggelsesstaben	79727200	familie@billund.dk	Klik her	79727711 familie@billund.dk
Esbjerg	Familierådgivningen	76163508	familieraadgivningen@esbjergkommune.dk	Klik her	76163508
Fanø	Social og Myndighed	51856009	sikkerpost@fanoe.dk	Klik her	27284638 hhh@fanoe.dk
Fredericia	Familie og Børnesundhed	72107470	kommunen@fredericia.dk	Klik her	
Faaborg-Midtfyn	Familie, børn og unge	72530530	fmk@fmk.dk	Klik her	72536043 sundhedsplejen@fmk.dk
Haderslev	Voksen- og Sundhedsservice	74343434	u@haderslev.dk	Klik her	74348110
Kerteminde	Børne- og Familieafdeling	65151515	born-og-unge@kerteminde.dk	Klik her	
Kolding	Familierådgivningen	79797979	soc@kolding.dk	Klik her	79792536
Langeland	Social- og Familieafdelingen	63516000	underretning@langelandkommune.dk	Klik her	20361624 sundhedsplejen@langelandkommune.dk

Middelfart	Familieafdelingen	88885303	vagten.familieafdelingen@middelfart.dk	Klik her	88885332 malene.pandurochristensen@middelfart.dk
Nordfyns	Børn og Familie	64828150	bu@nordfynskommune.dk	Klik her	21720430 jli@nordfynskommune.dk
Nyborg	Børn, unge og familie	63337000	kommune@nyborg.dk	Klik her	63336857
Odense	Socialcentret Visitationen	65518500	budigital.buf@odense.dk	Klik her	65515608 sundhedsplejen@odense.dk
Svendborg	Familieafdelingen	62234600	familieafdelingen@svendborg.dk	Klik her	62234070 sundhedsplejen@svendborg.dk
Sønderborg	Børn og Familie	88724242	modtagelsen@sonderborg.dk	Klik her	27905546
Tønder	Familie og Børn	74929292	underretning@toender.dk	Klik her	24433685 marber@toender.dk
Varde	Børn og Forebyggelse visitation	79947828	bof@varde.dk	Klik her	
Vejen	Familie, børn og unge	79966365	mbes@vejen.dk	Klik her	79966471
Vejle	Sundhedsplejen	76415639	sundhedsplejen@vejle.dk	Klik her	76415639 sundhedsplejen@vejle.dk
Ærø		63525000	post@aeroekommune.dk	Klik her	
Aabenraa	Børn og Familie Myndighedsafdelingen	73767194	underretning@aabenraa.dk	Klik her	73767002 sundhedsplejen@aabenraa.dk

Øvrig kontaktinformation i Region Syddanmark

Kommunerne: Find kontaktoplysninger til kommunernes sundhed.dk side vedr. familieambulatoriet

Psykiatrien: Se kontaktoplysninger til psykiatrien i Region Syddanmark her

Fødeafdelinger: Se kontaktoplysninger til fødeafdelinger i Region Syddanmark her

Almen praksis: Se kontakoplysninger til de praktiserende læger i Region Syddanmark her

Misbrugscentre: Se kontaktoplysninger til misbrugscentre i region Syddanmark her

BILAG 6
Arbejdsgruppens medlemmer

Navn	Titel	Organisation
Anne Uller (medformand)	Chefjordemoder	Kvindesygdomme og fødsler, Sygehus Lillebælt
Bettina Brøndsted (medformand)	Leder	Børne- og ungerådgivningen, Odense Kommune
Inge Olga Ibsen	Overlæge og leder	Familieambulatoriet – OUH
Veronica Tovar Poulsen	Overlæge	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D - OUH
Gitte Telling	1. reservelæge	Sygehus Sønderjylland
Eva Charlotte Engsted Kiib	Børnelæge	Familieambulatoriet – Sydvestjysk Sygehus
Bente Heidi Nielsen	Socialrådgiver	Lokalpsykiatri Kolding – Psykiatrisygehuset
Jette Asmussen	Overlæge	Ambulatorium – Psykiatrisygehuset
Michela Siff Wedel Dalsgaard	Socialrådgiver & koordinator	Familieambulatoriet – Sygehus Lillebælt
Tina Wenstrøm Vedstesen	Socialrådgiver	Børne-og Ungeafdelingen, Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet, Sydvestjysk Sygehus
Christina Heldarskard	Socialrådgiver	H.C. Andersens Børnehospital – OUH
Tanja Nørgaard Vinsten	Psykolog	Familieambulatoriet - OUH
Annette Jensen	Ledende sundhedsplejerske	Sundhedsplejen, Aabenraa Kommune
Tine Skov-Carlsen	Sundhedsplejerske	Brørup Sundhedscenter, Vejen Kommune
Else Marie Rask Larsen	Ledende sundhedsplejerske	Fredericia Kommune
Ina Lorenzen Kier	Afdelingsleder	Rådgivningscenter Tønder Misbrug, Tønder Kommune
Peter Bloch-Sørensen	Centerleder	Misbrugscenter Vejle, Social- og psykiatriafdelingen, Vejle Kommune
Anne Dorte Bloch	Afsnitsleder	Familieafdelingen, Kolding Kommune
Kenneth Røn Christiansen	Afdelingsleder	Afdelingen for Børn og Familie, Assens Kommune
Annemarie Heinsen	AC-fuldmægtig	Praksisafdelingen, Regionshuset
Gökhan Dinc	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Sanne Glad Selander	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Christine Lund Momme (sekretær)	Specialkonsulent	Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset
Magnus Falby (sekretær)	Konsulent	Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset
Ida Bohn (sekretær)	Proceskonsulent	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune
Katrine Iwersen (sekretær)	Praktikant	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune

BILAG 7
Høringsparter

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring i oktober-november 2017:

Sygehusene i Region Syddanmark (Fødeafdelinger, Familieambulatorier, Børneafdelinger)

Psykiatrisygehuset

De syddanske kommuners sundhedsområde, familieafdelingerne, myndighedsområdet for børn og unge, misbrugscentre/misbrugsområdet

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

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

15314 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 05.2018

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Samarbejdsaftale mellem Esbjerg Kommune, (Familierådgivningen, Voksen Myndighed, Center for Misbrug & Udsatte og Sundhedsplejen) og Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet Plus er et tværfagligt team på Sydvestjysk Sygehus bestående af jordemoder, fødselslæge, børnelæge, psykolog, sundhedssocialrådgiver og sekretær.

Familieambulatoriet Plus er ligesom øvrige jordemoderkonsultationer et frivilligt tilbud. Tilbuddet i Familieambulatoriet Plus adskiller sig fra de ordinære jordemoder-/konsultationer ved følgende:

- Hyppigere jordemoderkonsultation.
- Vurdering af behov for flere scanninger.
- Fast tværfagligt team bestående af to jordemødre, to sundhedssocialrådgivere, obstetrisk overlæge, pædiatrisk overlæge og psykolog.
- Tilbud om børneopfølgning indtil skolestart, hvor der foretages lægefaglige undersøgelser og psykologiske test.
- Indkaldelse til netværksmøder og tværsektoriel koordinering.

Formål og målgruppe

I 2018 indgik kommunerne og Region Syddanmark en "*Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark*". Samarbejdsaftalen mellem Familieambulatoriet Plus, almen praksis og kommunerne i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor målgruppen.

Målgruppen for aftalen er gravide i målgruppen for Familieambulatoriet Plus, der er:

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart, som i fostertilværelsen har været eksponeret jævnfør inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler (bilag 1).

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Familieambulatoriet Plus i Esbjerg og Esbjerg Kommune *(Familierådgivningen, Center for Misbrug & Udsatte, Voksen Myndighed og Sundhedsplejen)* har med afsæt i den regionale aftale aftalt, hvordan aftalen skal omsættes til en praksis for samarbejdet. Der er fire faser i samarbejdet om målgruppen for Familieambulatoriet Plus:

Fase 1. Henvisning og tidligt samarbejde

Identificerer Familierådgivningen gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer Familierådgivningen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus.

Den gravides konkrete og individuelle samtykke til videregivelse/indhentning af oplysninger er fundamentet for det tværsektorielle samarbejde i alle faser. Samtykket skal indeholde oplysninger om, hvilke oplysninger, der er tale om, hvem de må videregives til og til hvilket formål.

	Familierådgivningen, Esbjerg Kommune	**Familieambulatorie Plus**
Henvisning og tidligt samarbejde	Familierådgivningen informerer den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus. *(Henvisningsskema på gravide til Familie-ambulatoriet eller Familieambulatoriet Plus bilag 2)* Familierådgivningen indhenter samtykke fra den gravide med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger. Har den gravide ikke været ved læge eller har behov for støtte til at bestille tid og tage til læge, skal Familierådgivningen koordinere med Voksen Myndighed/Center for Misbrug & Udsatte om, hvem der sikrer den relevante støtte. Dette for at sikre, at der sker en udfyldelse af svangre journalen. Familierådgivningen kan invitere sundheds-socialrådgiver fra Familieambulatoriet Plus med til den første afklarende samtale med den gravide og partner. Modtager den gravide ikke misbrugsbehandling kontakter Familierådgivningen Voksen Myndighed – Team Udsatte, og det videre samarbejde med den gravide aftales. Modtager den gravide misbrugsbehandling kontakter Familierådgivningen socialrådgiver ved Voksen Myndighed – Team Udsatte eller behandler ved Center for Misbrug & Udsatte og afklarer, hvem der skal deltage i videre samarbejde med den gravide.	
Afklaring af fastholdelse af graviditet		Til og med 22. graviditetsuge indkalder Familie-ambulatoriet Plus indenfor syv dage den gravide til en afklarende samtale, om graviditeten ønskes bevaret. Deltagerne ved denne samtale er den gravide, læge og sundhedssocialrådgiver.

	Familierådgivningen, Esbjerg Kommune	**Familieambulatorie Plus**
Første jordemoderkonsultation og samtykke til samarbejde		Familieambulatorie Plus kontakter den gravide senest syv dage efter modtagelse af svangre journalen. Første jordemoderkonsultation sker med deltagelse af jordemoder, sundhedssocialrådgiver, den gravide og evt. partner. Den gravide orienteres om Familieambulatoriet Plus, og der udarbejdes en socialfaglig anamnese. Familieambulatoriet Plus indhenter, om muligt, samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejde med den kommunale sundhedspleje, Familierådgivningen (myndighed) og andre relevante aktører. Ønsker den gravide ikke at give samtykke, vurderes det, om der er grundlag for en skærpet underretningspligt.
Fremmøde i Familieambulatoriet Plus	Tidligt i forløbet tages der stilling til, hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus til fødsel samt ved akutte tilstande sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde, skal søges løst i god tid. I samarbejde mellem Familierådgivningen, Familieambulatoriet Plus og den gravide aftales det, hvordan fremmøde sikres. Hvis den gravide ikke ønsker at komme i Familie-ambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.	Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus at kontakte den gravide, og ved bekymring underrettes Familierådgivningen.
Kommunen modtager underretning	Ved underretninger fra Familieambulatoriet Plus bør underretter inviteres ind til underretningssamtalen (deltagelse koordineres med sundhedssocialrådgiver). Familierådgivningen sikrer samtykke fra forældrene og inviterer underretter. Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger. Er der givet samtykke fra den gravide sikrer Familierådgivningen en tilbagemelding til sundheds-socialrådgiver ved underretninger, også når den gravide ikke længere følges i Familieambulatoriet Plus. Familierådgivningen motiverer til samtykke og orienterer den gravide om, at det er vigtigt, at der tilgår viden om, hvad fostret har været eksponeret for, plan for støtte/foranstaltninger på familien både før fødsel, ved indlæggelse og efter fødsel. Sundhedssocialrådgiver sikrer, at relevante oplysninger deles med afdelingen for Nyfødte og familier.	Underretter kan deltage i underretningssamtalen. Sundhedssocialrådgiver sikrer, at relevante oplysninger deles med Nyfødte og Familierådgivningen på SVS.

Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke et forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes det, om der er grundlag for en underretning.

Hvis den gravide stopper samarbejdet med Center for Misbrug & Udsatte eller Voksen Myndighed, og er der bekymring for den ufødtes trivsel, skal der ske underretning til Familierådgivningen.

Fase 2. Koordineringsmøder og aftaler om fødslen

Med det formål at sikre en koordineret indsats mellem Familieambulatoriet Plus og Esbjerg Kommune afholdes minimum to koordinerende møder under graviditeten. Deltagerne ved disse møder er relevante kommunale repræsentanter, Familieambulatoriet Plus, evt. partner og den gravide.

Sundhedssocialrådgiver og Familierådgivningen koordinerer tidspunktet og mødedeltagerne. Det tilstræbes at indkaldelsen sker med minimum syv dages varsel, og at deltagerne ved mødet forpligtiger sig til at prioritere mødet.

Deltagerne skal sikre, at den gravide ikke overvældes af informationer, herunder at eventuelle afklarende drøftelser sker enten før mødet med den gravide eller tilpasses den gravides funktionsniveau.

Første koordineringsmøde

Familieambulatoriet Plus indkalder på baggrund af faglig vurdering den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværsektorielle koordinationsmøde med syv dages varsel. Deltagerne ved mødet er:

- Den gravide og evt. partner
- Familierådgivningen
- Familieambulatoriet Plus
- Evt. deltagere fra psykiatrien
- Sundhedsplejen
- Rådgiver fra Voksen Myndighed og/eller behandlere fra misbrugstilbud
- Andre relevante kommunale medarbejdere f.eks. spædbarnsteamet og andre støttepersoner

Formålet med mødet er at tilrettelægge både en kort- og langsigtet plan for den gravide og at få aftalt rolle- og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Se bilag 5 Dagsorden og referat skabelon.

Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne.
Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Når der er indhentet samtykke, sendes referatet til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet og føres til referat.

Ved dette møde aftales mødetidspunkt for terminsmødet ti uger før termin, og om der er behov for samarbejde og koordinering i perioden indtil næste terminsmøde.

Andet koordinerings-/terminsmøde - Planlægning af fødsel og udskrivning

Familieambulatorie Plus indkalder til netværksmøde ti uger før termin. Målet med terminsmødet er at sikre, at der sker en koordinering og planlægning af fødsel og udskrivning, så barnet sikres den bedst mulige støtte.

Deltagerne ved terminsmødet er:

- Den gravide og evt. partner
- Familierådgivningen
- Nyfødte og familie (sygeplejerske for afdelingen)
- Familieambulatoriet Plus
- Evt. deltagere fra psykiatrien

- Sundhedsplejerske
- Rådgiver fra Voksen Myndighed – Team Udsatte og/eller behandlere fra misbrugstilbud
- Andre relevante kommunale medarbejdere f.eks. spædbarnsteamet og andre støttepersoner

Sundhedssocialrådgiver koordinerer deltagere/tidspunkt/dagsorden med Familierådgivningen. Hvis den gravide afviser samarbejde med Familieambulatoriet Plus, er Familierådgivningen ansvarlig for, at der indkaldes til mødet.

Under mødet:

1. Udfyldes skemaet "A*nmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset*" (bilag 3), hvorefter Familierådgivningen straks sender skemaet til Familieambulatoriet Plus. Af skemaet skal det fremgå, om der skal foretages kommunale observationer under indlæggelsen. Kommunen iværksætter sideløbende støtte efter individuel vurdering f.eks. Spædbarnsteamet eller forældre/barn ophold. Det fremgår også af skemaet, om der skal ske kommunal betaling af prævention efter fødslen.
2. Koordinering af den medicinske-/misbrugsbehandling mellem Center for Misbrug & Udsatte og Familieambulatoriet Plus/obstetrisk overlæge. Dette for at sikre fosters trivsel samt evt. påtænkt abstinensbehandling af den nyfødte.
3. Afklaring af, hvordan forældrene støttes efter fødslen af Voksen Myndighed og/eller Familierådgivningen.

Fase 3. Tiden efter fødsel, under indlæggelse og udskrivning

Samarbejdet i tiden efter fødsel, under indlæggelse og ved udskrivning er som udgangspunkt aftalt ved terminsmødet og beskrevet i skemaet "*Anmodning om oplysninger til Familieambulatoriet Plus*".

	Familierådgivningen	**Familieambulatoriet Plus**
Tiden efter fødslen	Tiden efter fødslen er planlagt ved terminsmødet og angivet i skemaet "*Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset*". Der kan foretages kommunale observationer under indlæggelsen; Dette er aftalt forud for fødslen. Påtænker Familierådgivningen anbringelse ved udskrivningen, skal sundhedssocial-rådgiver/sygeplejerske, der passer stuen informeres om dette (såfremt der er givet samtykke, alternativt kan moderen selv vælge at fortælle personalet om dette) – dette sker efter den gravide er informeret. Familierådgivningen tilstræber, at der er kommunale støttepersoner, der kan støtte den gravide efter, at den gravide er informeret om påtænkt anbringelse. Såfremt der sker akut anbringelse ved formandsbeslutning er Familierådgivningen til stede[1], indtil barnet er anbragt. Efter anbringelsen er det Familierådgivningens opgave at sikre, at kommunale støttepersoner støtter forældrene indtil udskrivelse.	Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jævnfør "*Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset*". Personalet udfører alene sygeplejefaglige opgaver og kan ikke vurdere forældrekompetencen. Det sundhedsfaglige personale har skærpet underretningspligt.

[1] Efter aftale i skemaet "*Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset*".

Udskrivningsmøde	Det er angivet i skemaet *"Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset"*, om der skal afholdes udskrivningsmøde. Familierådgivningen inviterer relevante kommunale deltagere til udskrivningsmødet på sygehuset f.eks. sundhedsplejerske, misbrugsbehandler og støttepersoner. Kan der ikke afvikles et fysisk udskrivningsmøde, vil der ske koordinering mellem Familierådgivningen og afdelingen.	Sundhedssocialrådgiver og Familierådgivningen aftaler, hvor og hvornår udskrivningsmødet skal afholdes. Som udgangspunkt vil sundhedssocialrådgiver/ sygeplejerske fra Nyfødte og familie deltage i udskrivningsmødet.

Sundhedsplejen i Esbjerg kan tilbyde graviditetsbesøg efter behov samt ugentlige hjemmebesøg de første fire uger efter fødslen. Herefter vil sundhedsplejersken foretage en faglig vurdering af, hvad der er brug for fra Sundhedsplejen i den enkelte familie. Dette både set i forhold til besøgshyppighed, særlige indsatser såsom Marte Meo forløb, samt hvor længe barnet skal følges med hjemmebesøg fra Sundhedsplejen.

Familierådgivningen kan indhente status fra Sundhedsplejen samt aftale fælles opfølgningsmøder og/eller -besøg med familien. Sundhedsplejen underretter Familierådgivningen ved behov.
Sundhedsplejen følger barnet indtil det går ud af 9. klasse, hvorfor Sundhedsplejen også er relevant at tænke ind i Fase 4.

Fase 4. Samarbejde indtil skolestart

Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jævnfør *Inklusions- og opfølgningskriterier*.

Tilbuddet indtil skolestart er følgende:

- Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang det vurderes fagligt relevant og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I forlængelse af undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.

Der er fortsat samarbejde mellem Esbjerg Kommune og Familieambulatoriet Plus.

	Familierådgivningen	Familieambulatoriet Plus
Opfølgende undersøgelser	Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til Familierådgivningens indsats i forhold til barnet/familien. Såfremt der er en aktiv børnesang skriver Familierådgivningen de opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus. Familierådgivningen sikrer, at sundheds-socialrådgiver indkaldes til opfølgende samtaler på handleplanen.	Familieambulatoriet Plus' læge, sundhedssocial-rådgiver og psykolog følger barnet frem til skolestart. Se bilag 4 "*Forløb i Familieambulatorie Plus*", hvor tilbuddet frem til skolestart er oplistet. Sundhedssocialrådgiver orienterer ved indkaldelse Familierådgivningen, om det er relevant med deltagelse i Familierådgivningens opfølgende samtaler på handleplanen.
Afsluttende møde		Familieambulatoriet Plus inviterer til afsluttende netværksmøde med deltagelse af relevante aktører omkring barnet. Sundhedssocialrådgiver afklarer deltagere med Familierådgivningen.

Netværksmøder

Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.

Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder sundhedssocialrådgiver til netværksmødet.

Sundhedssocialrådgiver er opmærksom på, efter individuel vurdering, at invitere rådgiver fra Voksen Myndighed og/eller misbrugsbehandler samt Sundhedsplejen med til netværksmødet.

Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde medmindre Familierådgivningen vurderer andet.

Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt fire uger før mødedatoen.

Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.

Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.

Afsluttende netværksmøde

Familieambulatoriet inviterer til afsluttende netværksmøde med deltagelse af relevante aktører omkring barnet.

Sundhedssocialrådgiver afklarer deltagere med Familierådgivningen.

Samarbejdsaftalen er indgået mellem Esbjerg Kommune, (Familierådgivningen, Voksen Myndighed, Center for Misbrug & Udsatte og Sundhedsplejen) og Familieambulatoriet Plus, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg

Dato

_____

Chefjordemoder
Kvindesygdomme og fødsler
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg

Dato

_____

Direktør Borger & Arbejdsmarked
Esbjerg Kommune

Casebeskrivelse – indsatsen overfor udsatte gravide med misbrug

Case 1

En gravid med rusmiddelproblematik henvender sig hos egen læge i forbindelse med sin graviditet. Lægen visiterer den gravide til familieambulatoriet i regionalt regi, hvor den gravide følges med ekstra kontakter.

Familieambulatoriet indkalder til familiesamrådsmøde med den gravides samtykke, hvor følgende fagprofessionelle deltager:

Fra Regionens side:
- Jordemoder fra familieambulatoriet
- Socialrådgiver fra familieambulatoriet
- Psykiater fra psykiatrien i regionalt

Fra Kommunen:
- Repræsentant fra kommunens familieafdeling
- Sundhedsplejerske
- Misbrugsbehandler fra Rådgivningscenter Tønder Misbrug

På mødet koordineres indsatserne omkring den gravide og det ufødte barn.

Herefter aftales det, hvordan den løbende opfølgning skal foretages, og der vil typisk afholdes tværmøder, hvor den gravide og netværket også deltager.

Den kontakt som misbrugsbehandleren fra Rågivningscenter Tønder har til den gravide vil være betydelig mere intensiv sammenlignet med kontakten til andre misbrugere i kommunen. Det vil sige at der er tilbud om ambulant behandling, der kan inkludere hjemmebesøg og der kan være tilbud om døgnbehandlingstilbud. I forhold til en matchning til et døgnbehandlingstilbud, vil der være opmærksomhed på, at der er kvindelige personale ansat og at tilbuddet har andre kvinder indskrevet.

Misbrugsbehandleren er parat til opsøgende hjemmebesøg, hvilket giver et godt indblik i hvordan leveforholdene i øvrigt er for den gravide. Dette kan være vigtigt, hvis man fra kommunen kan være med til, at understøtte ordnede forhold og at den gravide derved også kan se fordele ved, at kommunen er indover.

Misbrugsbehandleren arbejder med, at der skal være enighed og tilllid mellem Rådgivningscenter Tønder Misbrug og den gravide i forhold til, at graviditeten skal gå så godt som muligt. Misbrugsbehandleren lægger ikke skjul på, at fokus er på de ufødte barn og at der er visse krav fra samfundets side i forhold til den kommende mor.

I de tidligere tilfælde af sager med gravide misbrugere, som misbrugsbehandleren har været involveret i, er det lykkes at få et godt samarbejde og hvor den gravide har været klar over procedurerne/betingelserne. Det vil sige, at der vil være et hyppigere antal urintests og at disse tests i videst mulig omfang skal være uvarslede og ofte på mandage, eftersom en en del af borgere indenfor målgruppen, har et misbrug i weekenderne. Konsekvensen af observeret misbrug vil være en henvendelse til Børn og Familie.

Case 2

Ung kvinde med 3 børn anbragt er gravid og der observeres et ustabilt samarbejde med familieafdelingen. Der opstår bekymring for om kvinden er gravid og i misbrug. Dette bekræftes efter en opsøgende indsats, og hvor det konstateres, at den gravide bevidst ønsker at undgå kommunen, da hun ved, at barnet vil blive anbragt.

Familieafdelingen kontakter herefter misbrugscenteret ift. det videre forløb, herunder muligheden for at motivere den gravide til misbrugsophør og behandling, ligesom der skal arbejdes på at opnå samtykke til samarbejde tværsektorielt.

Der er et opmærksomhedspunkt ift. at der skal være en rimelig hurtig reaktion, når der en fornemmelse af, at den gravide ikke vil samarbejde. Der kan være risiko for, at hun vil flytte til anden kommune eller "gå under jorden".

Case 3: Familie med massivt forbrug af rusmidler

(Opstart i foråret 2020 – barnet er i dag 1 år og 4 mdr.)

Den gravide bliver henvist til forløb i Familieambulatoriet på baggrund af forbrug af hash og sociale problemer. Desuden har mor i forvejen et barn fra et tidligere forhold som er anbragt.
Gentagne udeblivelser fra aftaler på sygehuset gør, at bekymringen for familien hurtigt tager til, og der bliver underrettet på den gravide.

Det lykkedes jordemoderen at få den gravide ind til en jordemoderkonsultation, og den gravide takker samtidig ja til FAMKO, hvor hun får tilknyttet en FAMKO-person med familiebehandlerbaggrund. Fra Familieambulatoriet sendes også besked til Sundhedsplejen om, at man har fået en gravid ind med forbrug af hash, og at denne deltager i FAMKO. Derfor tilknyttes en sundhedsplejerske, som har særlig erfaring med familier med forbrug, og som samtidig også er med i FAMKO-samarbejdet.

FAMKO-personen møder familien i forbindelse med anden jordemoderkonsultation, som ligger i uge 21 af graviditeten.
I denne periode flakker den gravide en del omkring, og bor bl.a. på sofaen hos bekendte i Jylland. Da FAMKO-personen møder den gravide, tilkendegiver den gravide da også, at hun kun har sagt ja til FAMKO, fordi hun har brug for, at nogen hjælper hende med at finde en bolig, hvor hun kan bo - uden barnefar.

For FAMKO-personen er det dog også tydeligt, at der er brug for at støtte den gravide i, at hun passer sine aftaler på OUH. FAMKO-personen begynder derfor at hente den gravide og køre hende til aftalerne på OUH, og i den ambulante misbrugsbehandling, som også er blevet iværksat med hjælp fra FAMKO-personen. Det har i øvrigt været ret lige til at få det i gang, da FAMKO-personen kender den relevante medarbejder i rusmiddelbehandlingen, som særligt tager sig af gravide, fra FAMKO-samarbejdet.

Efterhånden som både familiebehandler og sundhedsplejerske lærer parret at kende, bliver det mere og mere åbenlyst, at de begge har haft en meget svær opvækst, og at de aktuelt har massive, sociale problemer, herunder at de begge har et stort, dagligt forbrug af hash. FAMKO-personen får også motiveret barnefar til at starte ambulant misbrugsbehandling.

Far er fra starten af meget forbeholden over for FAMKO, fordi det er et tilbud som kommunen står bag. FAMKO-personen vurderer, at det kan bunde i, at han har sin 13-årige datter fra et tidligere forhold boende, og at han kan være bekymret for, om der skulle blive opmærksomhed omkring hendes trivsel.
FAMKO-personen ser dog en velfungerende, ung pige, hvilket fortæller hende, at der helt sikkert er nogle gode ressourcer hos far, og samtidig er der et stort ønske fra den vordende mor om at komme ud af sit misbrug og blive en god mor for det lille barn, der er på vej. Fagpersonerne omkring familien har således en tro på, at hvis parret bliver sammen, så vil de kunne noget godt sammen, og samtidig en stærkt tvivl om, hvorvidt de vil kunne klare sig hver for sig.

Jo mere bekymringen omkring parret stiger undervejs i graviditeten, des flere fagpersoner kobles der på. De vil hver især lave aftaler med parret, og stiller forskellige krav til dem. Det bliver mere og mere uoverskueligt og stressende for parret, og konsekvensen er, at særligt mor trækker sig mere og mere.
FAMKO-personen aftaler derfor med parret, at hun bliver bindeleddet til de øvrige fagpersoner, og hun hjælper med at styre og prioritere alle aftaler, så parret ikke overvældes, samt sikrer, at hun bliver den primære fagperson i deres liv.

Undervejs er parforholdet under pres. FAMKO-personen bruger dog sine samtaler med familien på at sætte fokus på parrets fælles ressourcer, og de ender med at flytte i hus sammen, inden barnet bliver født.

Indtil nu har alt været en forebyggende, frivillig indsats i regi af FAMKO. Det er først lige før fødslen, at der kommer en foranstaltning på. Med etableringen af denne er det en prioritet, at den ekstra tid i familien skal være sammen med deres nuværende FAMKO-person, som de kender så godt i forvejen. Det har været meget vigtigt at sikre denne kontinuitet.

Dagen før fødslen flytter mor på ”mor-barn-hjem”, hvor hun bor sammen med barnet i et halvt år, og hvor der er massiv støtte. Far kommer der dagligt, og begge er meget åbne og gør deres bedste. De er gode i deres samspil omkring datteren. De samarbejder godt med fagpersonerne og vil gerne deres datter, som udvikler sig fint efter fødslen.

Efter et halvt år kan familien flytte sammen i deres eget hjem. Der er fortsat en massiv, daglig indsats på i form af omfattende familiebehandling i den første tid efter hjemkomsten, men det går fortsat godt. På grund af corona har parret isoleret sig sammen med deres datter for at passe på hende. De har fundet en god rytme i at være hjemme sammen, og pigen har udviklet sig godt og er i trivsel.

Når vi spoler halvandet år frem, så er forældrene gået fra hinanden og mor er endt på Krisecenter. Selvom det ikke endte, som man kunne have ønsket, så fortsætter det gode samarbejde mellem FAMKO-personen og familien. De to forældre er i dag et sted, hvor der er en tro på, at det nok skal gå for dem, selvom læsset lige nu er væltet. Og på trods af, at FAMKO-personen i en periode har underrettet adskillige gange på dem, så er der fortsat en gennemgribende tillid, og begge forældre har i denne del af forløbet uafhængigt af hinanden søgt hjælp hos hende.

Hvad er det, der gør, at man er lykkedes så godt ift. den her familie?
*Det, at der er en FAMKO-person, er nøglen. Alle andre fagpersoner har vidst, hvem de skulle gå til, og FAMKO-personen har udgjort det nødvendige forarbejde til, at der er kørt en massiv indsats i stilling.

*FAMKO har gjort, at man har kunne komme tidligst muligt i gang med familien. Fokus har været på at ville forældrene det bedste, og der er opstået en tryg relation mellem familien og fagpersonerne omkring dem – især FAMKO-personen. Med FAMKO-personen har forældrene fået en fortaler.

*Med de frie rammer, der er givet FAMKO-personen, har det været muligt for denne at prioritere det, som man ser som det vigtigste ift. Familien.

*Der er ofte mange og skiftende fagpersoner på denne type familier/sager. FAMKO-personen udgør en stabilitet.

*Et gensidigt kendskab blandt fagpersonerne omkring familien (jordemoder, sundhedsplejerske, FAMKO-person og misbrugsbehandler), har gjort, at samarbejdet har gledet: Man har en gensidig respekt for hinandens fagligheder og man supplerer hinanden godt. Det, at man er forskellige fagligheder på, har hjulpet til at nå ind til familien.

*Det gensidige kendskab til hinanden, som er kommet via FAMKO, er uvurderligt ift. at få samarbejdet til at fungere. Man ved præcis, hvem man skal tage kontakt til – og man kender hinanden.

*Der har været et fælles mål i at bakke parret op omkring, at de gerne vil være forældre og bo sammen.

Tidligere kunne sundhedsplejersken opleve at være helt alene med en tung familie, hvor der først blev igangsat en indsats, når den børnefaglige undersøgelse er færdig, hvilket typisk er lige omkring fødslen. Det er helt uvurderligt, at der på denne måde sættes ekstremt tidligt ind med mere tid. Den pågældende sundhedsplejerske er meget mere glad for at være sundhedsplejerske, fordi indsatserne kommer hurtigere i gang, og man er to fagpersoner på. Tidligere oplevedes ligeledes manglende samarbejde ml. jordemoder, sundhedsplejerske og familiebehandler. Det er meget bedre i dag, og det gør bl.a. at man står stærkere, hvis familier forsøger at spille fagpersonerne ud mod hinanden.

Hvordan har forældrene oplevet det:
Begge forældre har tilkendegivet, at det er deres held, at de har fået lov til at være med i FAMKO, og at de har fået så god en relation til deres FAMKO-person. Ellers er de ikke sikre på, at de havde fået lov at være forældre i dag. Det har betydet utrolig meget for dem, at der var nogen, der troede på dem.

FAMKO-personen deltager på et tidspunkt på et opfølgningsmøde i dagplejen, hvor de bl.a. taler om farens relation til sin mor, mens mor ikke har sin egen mor længere. Da de kommer ud, spørger mor FAMKO-personen: ”Kan du ikke være vores mormor? Det var om at have sin egen mor med i dag”, siger hun med kærlighed, fordi hun følte sig set, elsket og anerkendt.

CASE 4

(et eksempel på et borgerrelateret samarbejde mellem Familie Ambulatoriet og Rusmiddelcenter Aabenraa).

Natasja, 20 år, mødte op i Rusmiddelcenter Aabenraa, i Åben Rådgivning d. 4. juli 2022. Hun mødte op sammen med sin samlever, Tristan, 24 år. Parret kom på opfordring af sagsbehandler i Børn og Familie. Parret havde haft 2 tidligere aftaler; her var de udeblevet fra det ene og meldte afbud til det andet.

Natasja fortalte, at hun var gravid med termin d. 23. nov. 2022. Hun ventede barn sammen med Tristan. Parret havde begge et dagligt misbrug af Hash. Natasja har røget Hash dagligt, siden hun, som 17 årig, oplevede, at Hashen havde en god virkning på hendes angstanfald.. Hun droppede den gang ud af et efterskoleophold og flyttede sammen Tristan. I april måned i år, flyttede de til Aabenraa Kommune fra Esbjerg, hvor Natasja tidligere havde været i misbrugsbehandling. Tristan har røget Hash, siden han var 12 år.

Natasja er som barn diagnosticeret med ADHD og lider af angst og depression. Hun har tidligere fået Elvanse mod ADHD, men stoppede med medicinen for 5 år siden, idet hun følte, hun levede i en boble.

Tristan tænker, han muligvis har ADHD. Han føler sig urolig hele tiden, er meget impulsiv og tænker ikke over konsekvenserne af sine handlinger.

Tristan får 25 mg Quetiapin 3-4 x dagligt mod aggression. Han har tidligere været voldelig overfor Natasja (som også har slået igen) og fik ordineret medicinen via misbrugscenteret i Esbjerg efter en episode, hvor han havde gennembanket Natasja og smadret døre og vægge for 1½ år siden. Medicinen hjælper ham og Natasja er ikke længere bange for ham eller nervøs for, hvordan dagene med ham bliver. Han får nu medicinen ordineret via egen læge.

Det kendetegner parret, at de begge er vokset op i massiv misbrug og omsorgssvigt og parrets netværk er uforudsigeligt og skrøbeligt.

På grund af graviditet, var der, i sommeren 2022, særlig fokus på parret og de blev tilknyttet Børn og Familie samt Familie Ambulatoriet og blev samtidig henvist til ambulant misbrugsbehandling. Parret var yderst samarbejdsvillige og især Natasja sagde "Ja" til al den hjælp, hun blev tilbudt fra instanser; forskellige steder fra i kommunen. Sundhedsplejen underviste/vejledte Natasja og Tristan ugentligt i relationsdannelse og omsorg for det kommende barn fra midt i graviditeten. Det viste sig dog hurtigt, at Natasja havde meget svært ved, i praksis, at leve op til de gode intentioner, hun verbalt gav udtryk for. Tristan, derimod, havde forbehold – han var ikke motiveret til at søge behandling omkring sit misbrug – mente ikke, på daværende tidspunkt, at lidt Hash skader et foster. I modsætning til Natasja indgik han ikke i nogle aftaler i rusmiddelcentret– han valgte derimod bare at negligere tilbud om misbrugsbehandling og han udeblev og bad ikke om nye aftaler. Natasja valgte en anden

strategi: hun indgik i den ene aftale efter den anden, men meldte afbud til stort set alle aftaler i Rusmiddelcenteret i de første to måneder med mange forskelligartede og kreative forklaringer/undskyldninger; hvorefter hun blot bad om en ny tid, som hun så efterfølgende meldte afbud til.

Der blev sendt underretning fra rusmiddelcenteret; indeholdende en voldsom bekymring for det kommende forældrepars manglende stillingtagen til deres misbrug samt en stor bekymring omkring kommende forældrekompetencer. Underretningen indeholdt ligeledes en opfordring til, at et planlagt netværksmøde i Familie Ambulatoriet, blev fremskyndet, den aktuelle og bekymrende situation taget i betragtning.

Vendepunkt i sagen:

Den 29. sept. blev der, affødt af ovenstående, afholdt netværksmøde i Familie Ambulatoriet. Foruden Natasja og Tristan deltog: Fra kommunen: sagsbehandler fra Børn og Familie; parrets egen læge, sundhedsplejerske, misbrugsbehandler fra rusmiddelcentret. Fra Familie Ambulatoriet deltog: Jordmoder, socialrådgiver, sygeplejerske fra barselsgangen, børnepsykolog samt obstetriker.

Det var en voldsom oplevelse for parret at sidde overfor en så massiv repræsentation fra et fagligt fora, der alle hver især bidrog med deres dybe faglige- og veldokumenterede bekymringer.

Resultatet af mødet var, at især Tristan, der kognitivt fungerer bedre end Natasja, for alvor fik øjnene op for, hvor alvorligt situationen var og at der var overhængende risiko for, at barnet kunne blive fjernet i forbindelse med fødslen.

Der blev taget beslutning om Børnefaglig undersøgelse; opfølgning fra egen læge, fra sundhedsplejerske; der blev stillet krav om stabilt fremmøde i rusmiddelcenter med henblik på at begge skulle være stoffrie, så hurtigt som muligt samt givet tilbud om forældreophold i det kommunale Familiehus i forbindelse med fødsel; betinget af, at begge var/er clean. Under opholdet skal der observeres og foretages en forældrekompetenceundersøgelse.

Parret tog, efter overstående møde, ”skeen i den anden hånd”. De mødte begge stabilt op til aftalerne hos os og stoppede; straks efter mødet med indtag af HASH. De lagde begge rene UP forud for fødslen d. 15. nov.; efter, som start, at være testet positive på 800 ng. Herefter nedadgående niveauer for til sidst, begge at være clean.

Fødslen gik rigtig godt, ukompliceret og hurtigt og parret fik en lille dreng; 3250 g. 49 cm lang; født uden abstinenser.

Parret opholder sig nu i Familiehuset med massiv opfølgning af professionelt personale. De er under massiv observation i foreløbig 3 måneder. Situationen på den lange bane er stadig meget bekymrende, men for nuværende, går det rigtig godt og parret får ros fra personalet, der blandet andet arbejder med Marte Meo.

Parret passer behandlingen her i huset og aflægger fortsat rene UP ér.

Parrets personnavne samt stednavn (Esbjerg) er ændret.

Orientering om fællesmøde mellem Sundhedsdirektørkredsen og Socialdirektørforum den 3. november 2023

RESUMÉ

Sundheds- og socialområdet oplever fortsat en stigende grad af fælles dagsordener i samarbejdet mellem kommunerne og med regionen. Derfor er det nødvendigt at de to fora udvikler og styrker samarbejdet, så kommunernes fælles ønsker og behov bedst imødekommes.

Formålet med dagen er en drøftelse mellem Socialdirektørforum og Sundhedsdirektørkredsen omkring fælles aktuelle emner.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Baggrund

Sundheds- og socialområdet oplever fortsat en stigende grad af fælles dagsordener i samarbejdet mellem kommunerne og med regionen. Derfor er det nødvendigt, at de to fora udvikler og styrker samarbejdet, så kommunernes fælles ønsker og behov bedst imødekommes.

Formålet med dagen er en drøftelse mellem Socialdirektørforum og Sundhedsdirektørkredsen omkring fælles aktuelle emner.

Indhold på dagen

De to fællessekretariater er i gang med at udforme et program for fællesmødet. Irene Ravn Rossavik og Lise Willer (formand for Socialdirektørforum) har mødtes og udvekslet ønsker til temaer og emner. Der er enighed om, at dagen skal omhandle hvilken betydning det nye regeringsgrundlag vil få og hvorledes den socialfaglige vinkel sikres i sundhedsklyngerne. Det nye regeringsgrundlag vil have mere form i efteråret og vil forventeligt få betydning for den kommunale forvaltning og betydningen for det specialiserede område og ældreområdet. Det er derfor besluttet, at deltagere på dagen skal rumme både, sundheds-, social- og ældredirektører.

Christian Harsløf, Direktør i KL kommer og motiverer drøftelsen for arbejdet med regeringsgrundlaget i KL og kommunerne.

Praktisk info

Fællesmødet afholdes den 3. november 2023 klokken 09:00 til 13:00 et sted i trekantområdet. Der er sendt mødeindkaldelser til medlemmerne i de to fora. Sekretariaterne arbejder på at sikre, at ældredirektører også modtager en invitation til dagen.

Skriftlig orientering fra Fælles Telemedicin i Syd om landsdelsprogrammerne for KOL og hjerte (SSS)

RESUMÉ

Der gives en kort skriftlig status for de to landsdelsprogrammer samt det fælles udbud af telemedicin (FUT).

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Ingen bemærkninger.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning.

INDSTILLING

Programstyregruppen indstiller, at Strategisk Sundhedsstyregruppe

- Tager orienteringen til efterretning.

SAGSFREMSTILLING

KOL-indsatsen – Pilot

Pilottesten starter i Varde, Esbjerg, Nordfyn, Faaborg-Midtfyn og Odense kommuner samt på SVS og OUH i marts 2023. Der har siden levering af medarbejder- og borgerløsningerne, primo januar 2023, været et øget fokus på de tekniske elementer inden de første borgere kan inkluderes til indsatsen. De første borgere forventes henvist til indsatsen omkring uge 9.

I pilotfasen er der løbende og tæt kontakt mellem de 7 pilotorganisationer og sekretariatet, så vi sikrer den bedst mulige opstart og hurtigt kan lære af hinandens erfaringer. Det gøres bl.a. ved at mødes fast engang ugentligt, ligesom der er ekstra intensiv support og støtte via telefonen i faste tidsrum.

Hjertesvigtsindsatsen

De sundhedsfaglige anbefalinger vedr. indsatsen til borgere med hjertesvigt optræder som et selvstændigt punkt på dagens møde i Strategisk Sundhedsstyregruppe, hvorfor der henvises til denne sagsfremstilling.

FUT 2.0

FUT 2.0 har i januar 2023 gennemført undervisning af de monitoreringsansvarlige i de 7 pilotorganisationer i medarbejder- og borgerløsningen. Programledelsen har tæt kontakt til både FUT-projektet og Telma forvaltning, der har ansvaret for at forvalte løsningerne. Formålet er, at vi

løbende sikrer de bedste arbejdsbetingelser for de monitoreringsansvarlige og at løsningerne løbende bliver tilpasset med flere funktioner.

Det nationale FUT 2.0 projekt afsluttes i marts 2023, hvorefter ansvaret overgår til Forvaltningen i Nordjylland (Telma).

Formandskabsgodkendte sager (SSS)

RESUMÉ

Orientering om hvilke sager formandskabet for Sundhedsstrategisk Styregruppe har behandlet siden mødet den 25. januar 2023.

KOMMUNALE BEMÆRKNINGER

Ingen bemærkninger.

INDSTILLING

Det indstilles, at Sundhedsdirektørkredsen

- Tager orienteringen til efterretning

INDSTILLING

Det indstilles, at den Strategiske Sundhedsstyregruppe

- Tager orientering om formandskabsgodkendte sager til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Formandskabet for Sundhedsstrategisk Styregruppe har siden mødet den 25. januar 2023 behandlet følgende:

- Godkendt kommissorie for arbejdsgruppe til forundersøgelse vedr. forebyggelse af benamputationer
- Godkendt revideret samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter
- Godkendt revideret samarbejdsaftale om subcutan kemoterapi i eget hjem
- Godkendt høringsudkast til Samarbejdsaftale vedr. voksne med erhvervet hjerneskade

De to reviderede samarbejdsaftaler er revideret efter spor 2 jf. model for revidering af fælles tværsektorielle dokumenter.

BILAG

- Høringsudkast til ny ammepolitik
- Kommissorie for arbejdsgruppe til forundersøgelse vedr. forebyggelse af benamputationer
- Samarbejdsaftale om retspsykiatriske patienter
- Samarbejdsaftale for subcutan kemoterapi i eget hjem
- Høringsudkast til Samarbejdsaftale vedr. Voksne med erhvervet hjerneskade

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Dato: 27-04-2023

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 at kortlægge det nuværende tværsektorielle samarbejde med at forebygge benamputationer. ~~undersøge potentialer og udfordringer i et tværsektorielt samarbejde, som kan medvirke til forebyggelse af benamputationer.~~ Når forundersøgelsen er gennemført, ~~besluttes~~ drøftes det i Sundhedsstrategisk Styregruppe, om det er nødvendigt at igangsætte et samarbejde til at supplere det allerede eksisterende. D~~d~~en eventuelle fortsættelse af arbejdet~~, hvortil der~~ vil kræve~~s~~ et nyt kommissorium og evt. gen-bemanding af arbejdsgruppen.

Formål med initiativet

Formålet er at ~~afdække~~kortlægge det nuværende tværsektorielle samarbejde med at forebygge benamputationer og derefter vurdere, om der er behov for en~~t~~ supplerende tværsektoriel~~t~~ ~~samarbejde~~ indsats om at forebygge benamputationer.

~~Afdækningen~~ Kortlægningen skal bestå af en beskrivelse af aktuelle målgrupper, aktører og arenaer hvor forebyggelse af benamputationer foregår.~~, 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~~ supplerende samarbejde om forebyggelse af benamputationer i Strategisk Sundhedsstyregruppe.

Leverancer

Den konkrete leverance~~r~~ er følgende:

1. **En kortlægning af målgrupper, aktører og arenaer ~~for indsatsen~~**
   Kortlægningen indeholder en afdækning af, hvor patienter i risiko for benamputationer bevæger sig i og på tværs af sektorerne.
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 arbejdet som beskre~~i~~vet ovenfor indgår som et led i en længerevarende proces i regionen i relation til sygehusenes 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 etn eventuel fremtidigt indsats samarbejde med fokus på potentialer og udfordringer.~~
~~Møde 2: Videreudvikling af beskrivelsen af målgrupper, potentialer og muligheder.~~
~~Møde 3: Færdiggørelse af de tore 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.

Samarbejdsaftale om **retspsykiatriske patienter**

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 17. december 2014

Revideret november 2022

Region Syddanmark

Indhold

1. Indledning > 4

2. Beskrivelse af ansvar og opgaver > 5

3. Særlige forhold omkring domsafsigelse og -fuldbyrdelse > 7

4. Ansvarsfordelingen ved overgang fra indlæggelse til ambulant behandling > 9

5. Fælles uddannelse > 11

6. Implementering > 11

5. Bilag > 12

- Bilag A: Skema over forløbsmuligheder for retspsykiatriske patienter
- Bilag B: Ansvarsfordeling mellem beliggenhedskommune og handle-/betalingskommuner i forbindelse med borgeres indlæggelse på Retspsykiatrisk Afdeling i Middelfart og Esbjerg
- Bilag C: Retspsykiatriens indhentning af oplysninger fra kommunen til brug for udarbejdelse af mentalerklæringer
- Bilag D: Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling
- Bilag E: Oversigt over deltagere i arbejdsgruppen

1. Indledning

Generelt

Det fremgår af grundaftalen for sundhedsaftalerne 2011-2014, at der i et samarbejde mellem regionen og kommunerne skal udarbejdes en fælles samarbejdsaftale omkringretspsykiatriske patienter. Samarbejdsaftalen er en del af sundhedsaftalen mellem regionen og kommunerne.

I samarbejdet omkring retspsykiatriske patienter er der behov for supplerende materiale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område, der allerede foreligger.

Aftalen beskriver samarbejdet overordnet og giver plads til lokale aftaler og implementering.

I forløbet for borgere med tilknytning til retspsykiatrien er der flere myndigheder involveret end regionen og kommunerne. De praktiserende læger, Kriminalforsorgen, politietsanklagemyndigheder og Statsadvokaturen er derfor inddraget i udarbejdelsen af aftalen, så samarbejdet udbygges og beskrives bedst muligt.

Politiets anklagemyndighed har deltaget i udarbejdelsen af aftalen med oplysninger og orientering om de opgaver, som varetages af politi og anklagemyndighed i relation til retspsykiatriske patienter, men de er ikke part i aftalen.

Målgruppen

Målgruppen for samarbejdsaftalen er voksne mennesker over 18 år, der er sigtede eller idømt en retslig foranstaltning, og hvor det vurderes, at der er behov for psykiatrisk indsats.

Målet med aftalen

Samarbejdsaftalen om retspsykiatriske patienter beskriver samarbejdet påtværs af sektorer med det formål at sikre hensigtsmæssigeog sammenhængende behandlingsforløb for retspsykiatriske patienter. På den måde opnås det fælles mål for deinvolverede myndigheder om at forebygge psykisk sygdom ogkriminalitet. Aftalen har særlig fokus på opgave- og ansvarsfordeling samt samarbejde og kommunikation mellem de involverede parter.

Værdier for samarbejdet

Samarbejdsaftalen bygger på tillid, respekt og ordentlighed. Det betyder, at parterne indgår i samarbejdet med en høj faglighed, og at vi møder hinanden ud fra en forventning om, at det, som samarbejdspartneren beder om hjælp til, er vedkommende og relevant.

2. Beskrivelse af ansvar og opgaver

I samarbejdet omkring borgere med tilknytning til retspsykiatrien, er det vigtigt, at de involverede og relevante parterholder hinanden underrettet om ændringer i forløbet. Samarbejdsaftalen regulerer samarbejdet om rets-psykiatriske patienter mellem Kriminalforsorgen, politiets anklagemyndigheder, Statsadvokaturen, regionspsykiatrien, kommunerog de praktiserende læger.

De regionale opgaver

De regionale opgaver i forhold til psykiatriske patienter er beskrevet i de regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område.

Retspsykiatrien er ansvarlig for at forsyne kommunen med relevante oplysninger, herunder farlighed. Overlægen på (rets)psykiatrisk afdeling er også, under udøvelsen af sin virksomhed, forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationsloven § 17. Der påhviler således lægen et særligt ansvar ved varetagelse af behandlingen af patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Dette ansvar er nærmere præciseret i vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling, se bilag D.

Herudover har regionen ansvaret for misbrugsbehandling under indlæggelse. I den forbindelse henvises til Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark.

De kommunale opgaver

De kommunale opgaver i forhold til psykiatriske patienterer beskrevet i den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område.
Der er specielle forpligtelser og problemstillinger, der adskiller sig fra de psykiatriske patienter i almindelighed, bl.a. et særligt ansvar omkring kriminalitetsforebyggelse.

I forhold til de retspsykiatriske patienter har kommunen efter udskrivelse et særligt ansvar for at tilbyde misbrugs-behandling i henhold til dom. Når en borger skal misbrugs-behandles, skal kommunen indgå i et samarbejde om at få den pågældende i behandling. Dette gælder også, når borgeren ikke er motiveret for behandling. Det er vigtigt, at denne gruppe af borgere fastholdes, motiveres og tilbydes behandling uanset, om de i udgangspunktet er motiverede eller ej. Møder en borger ikke op til behandling, skal kommunen inddrage retspsykiatrien og Kriminalforsorgen med henblik på at samarbejde om en løsning. Det er vigtigt, at der er en tæt dialog om forløbet.

Der henvises i den forbindelse til Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark.

Kommunen har særligt ansvar omkring retspsykiatriske patienter ift. alment psykiatriske omkring kriminalitets-forebyggelse. Det er kommunens opgave at tilbyde patienten hjælp til at fungere selvstændigt i samfundet, udnytte sociale tilbud og tage kontakt til familie og netværk mv. Dette er med til at give patienten en meningsfuld tilværelse, hvilket kan være med til at forebygge ny kriminalitet. I forløbet er det vigtigt, at kommunen er opmærksom på, og til rette vedkommende gør, opmærksom på, om der er ændringer i borgerens psykiske tilstand, herunder om vedkommende er kriminalitetstruet. Kommunen skal underrette den patientansvarlige over-læge, og kommunen har desuden en generel forpligtelse til at underrette retspsykiatrien ved mistanke om kriminalitet. Se bilag D.
Retspsykiatriske patienter har ret til de samme kommunale ydelser som øvrige patienter.

Kriminalforsorgens opgaver

Kriminalforsorgen har en tilsynsforpligtelse over for de personer, som idømmes en særforanstaltning, når det er bestemt i dommen. Tilsynet har til formål at begrænse den dømtes tilbagefald til kriminalitet og består af både støtte/ vejledning og kontrol. Kriminalforsorgen fører ikke tilsyn med psykisk syge kriminelle, når de er indlagt på psykiatrisk afdeling, men deltager i drøftelserne inden udskrivning.
Tilsynsmyndigheden skal være opmærksom på, om der er ændringer i den dømtes psykiske tilstand, herunder om den dømte er kriminalitetstruet. Hvis der er tale om ændringer i den dømtes tilstand, som kan begrunde en indlæggelse, skal tilsynsmyndigheden rette henvendelse til den behand-lende overlæge med henblik på, at der træffes afgørelse om, at en indlæggelse skal iværksættes.

Politiets opgaver

Ved anholdelse af en formodet psykisk syg person i forbindelse med en forbrydelse, skal det vurderes, om for-brydelsen er af en karakter, hvor varetægtsfængsling er nødvendig, eller om der er grundlag for evt. tvangsind-læggelse.Hvis det ud fra sagens karakter besluttes, at den anholdte skal i grundlovsforhør, skal politiet forud for grundlovsforhøret sikre dokumentation for, at arrestan-bringelse er uhensigtsmæssig i forhold den anholdte psykiske tilstand.

Såfremt den psykisk syge skal surrogatfængsles på institution eller på hospital, anbringer politiet den varetægtsfængslede. Politiet kontakter regionens centrale visitering for retspsykiatriske patienter i Middelfart eller Esbjerg, der henviser til en egnet institution eller sygehus. Hvis den varetægtsfængslede psykisk syge undviger fra institutionen eller sygehuset, anmodes politiet om efterlysning og tilbageførsel. Politiets indsats prioriteres i forhold til farlighedskriterietfor den enkelte eftersøgte.

Statsadvokaturen

Statsadvokatens opgave er at tage stilling til, om der under en straffesag skal nedlægges påstand om en foranstaltningsdom. Når dommen er afsagt, er det statsadvokatens opgave at føre tilsyn med, at en foranstaltningsdom ikke opretholdes i længere tid, og i videre omgang, end nødvendigt.

Bistandsværger

Alle anbringelsesdømte, og som hovedregel alle med foranstaltningsdom i øvrigt, tildeles ved dom en bistandsværge, der som opgave har et bistå patienten med de retslige spørgsmål omkring dommen.
Det er således bistandsværgens pligt, som det også er Statsadvokatens pligt, at påse at foranstaltningen ikke opretholdes længere end nødvendigt. Bistandsværgen kan derfor, inden for visse intervaller og tidsfrister, søge patientens dom indbragt for Retten med henblik på ændring eller ophævelse af foranstaltningen. Bistandsværgen har ikke indflydelse på selve behandlingen, men bør, for at kunne løse sin opgave, løbende holde sig orienteret om patientens tilstand og situation.
Ved tvangsanvendelse under indlæggelse skal bistandsværgen løse de opgaver, der ellers ville påhvile en patientrådgiver, og skal derfor løbende orienteres om anvendelse af tvang.

Pårørende

For retspsykiatriske patienter er det særligt vigtigt at fastholde kontakt til de pårørende, og derfor inddrages de pårørende i videst muligt omfang i behandlingsforløbet. Det er vigtigt at udvise imødekommenhed i kontakten med familie og netværk – også i de situationer, hvor patienten ikke samtykker til videregivelse af oplysninger. I disse tilfælde vil de pårørende blive orienteret på et generelt plan om forløbet for mennesker med sindslidelser, der er idømt en retslig foranstaltning.

Pårørendeundervisning om håndtering af behandlingsdomme foretages af retspsykiatrien, mens der henvises til de lokale psykiatriske afdelingers tilbud angående undervisning i de konkrete sygdomme.

Derudover findes PsykInfo, hvor det er muligt at få rådgivning om psykisk sygdom. Rådgivningen er for alle

3. Særlige forhold omkring domsafsigelse og fuldbyrdelse

Mentalundersøgelse

Hvis der ved sigtelse for et strafbart forhold er mistanke om psykisk sygdom, iværksættes mentalundersøgelse, når det vurderes, at sigtedes tilstand kan have betydning for sagens afgørelse. Mentalundersøgelse kan ske ambulant eller under indlæggelse. Generelt gælder det, at ambulante mentalundersøgelser så vidt muligt skal gennemføres inden for 6 uger, mens der for undersøgelser, der foretages under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, gælder en frist på 8 uger [1]. Se bilag C for uddybning om retspsykiatriens indhentning af oplysninger fra kommunen til brug for udarbejdelse af mentalerklæringer.
En mentalerklæring er en del af en straffesag og bestilles af anklagemyndigheden, hvorfor den ikke umiddelbart er underlagt reglerne om aktindsigt. Når en sag er afsluttet af retten, kan der anmodes om aktindsigt i mentalerklæringen hos politidirektøren i den politikreds, der har behandlet sagen.

En ambulant mentalobservation indebærer ikke i sig selv et behandlingstilbud. Det betyder, at eventuel behandling vil skulle forgå inden for hidtidige tilbud, og at eventuel tvang vil skulle foregå efter psykiatriloven. Det er kutyme, at den mentalobserverende psykiater sikrer sig, at relevante parter orienteres, hvis der skønne at være et uerkendt, påtrængende behandlingsbehov.

Typer af særforanstaltninger

Hvis sigtede på gerningstidspunktet var utilregnelig på grund af sindssygdom eller lignende, straffes personen ikke. Retten vil normalt beslutte, at der skal idømmes en psykiatrisk særforanstaltning [2], der har til formål at forebygge yderligere lovovertrædelser. De psykiatriske særforanstaltninger kan inddeles i 3hovedgrupper:

A. Dom til anbringelse

Dom til anbringelse indebærer, at den anbringelses- dømte indlægges på en retspsykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives, før retten ændrer foranstaltningen til enmindre indgribende, fx behandlingsdom.

B. Dom til behandling

Dom til behandling indebærer, at den dømte som udgangspunkt indlægges på en psykiatrisk afdeling. Herefter er det overlægen, der træffer beslutning om udskrivelse til fortsat ambulant behandling. Når en patient overgår til ambulant retspsykiatri, holdes der et udskrivningsmøde mellem Retspsykiatrien, Kriminalforsorgen og kommunen. Overlægen og Kriminalforsorgen kan derefter træffe bestemmelse om, at patienten skal genindlægges.

C. Dom til ambulant behandling

Dom til ambulant behandling indebærer alene ambulant psykiatrisk behandling således, at den dømte er forpligtettil at møde til behandling i det omfang, det bestemmes af den pågældende afdelings overlæge. Som hovedregel vil dommen åbne mulighed for, at overlægen sammen med Kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om (gen)indlæggelse.

Ved dom til behandling er der oftest tilsyn af Kriminalforsorgen.

Samarbejdet under fuldbyrdelse af dom

Samarbejdet under fuldbyrdelse af dom er individuelt og afhængig af behovet i den pågældende situation. Det er derfor situationsbestemt, hvilke instanser der samarbejder, og hvordan samarbejdet tilrettelægges [3]. Når en patient idømmes dom til behandling, er der flere parter involverede i patientens forløb, og samarbejdsparterne kan være spredt over et stort område geografisk. Det er derfor særligt vigtigt med en tæt dialog mellem parterne, og i den forbindelse opfordres der til at benytte videomøder eller telefonmøder. På den måde får parterne et godt kendskabtil hinanden, herunder hinandens funktioner og vilkår, hvilket er vigtigt for et godt samarbejde.

Kontrol, ændring og ophævelse af dom

Statsadvokaturen fører kontrol med idømte særforanstaltninger. Denne kontrol indebærer normalt, at der én gang årligt indhentes en erklæring fra afdelingen/tilsynsførende myndighed om behovet for at opretholde foranstaltningen. Der kan ske ophævelse af en foranstaltning, hvis behandlingsmæssige hensyn eller proportionalitetshensyn ikke taler for at opretholde foranstaltningen, eller hvis risikoen for recidiv ikke længere er til stede. Afdelingen udfærdiger erklæringen til brug for kontrollen indenfor 2 måneder.

Ved begæring om ophævelse eller ændring af en foranstaltningsdom forelægges sagen for Statsadvokaturen, der herefter indhenter lægeerklæring mv., forinden sagen forelægges for retten. Domstolene afgør således, om en foranstaltningsdom skal ophæves eller ændres. En begæring om ophævelse eller ændring kan fremsættes af f.eks. domfældte, bistandsværgen, anklagemyndigheden, Kriminalforsorgen eller institutionens ledelse.

1. *Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007, afsnit 4.3.*
2. *I Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007 er de forskellige sanktionsmuligheder nærmere beskrevet.*
3. *Se hertil vejledning nr. 9614 af 8. november 2010 om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er dømt en behandlingsdom*

I de tilfælde, hvor statsadvokaturen kontaktes med henblik på ændring af en anbringelsesdom til en behandlingsdom, orienterer psykiatrien samtidig kommunen.

I de tilfælde, hvor et retsmøde ender ud med en ophævelse af dom eller dom til ambulant behandling, kan der forekomme situationer, hvor det ikke er mulighed for at afholde udskrivningsforløb. Det er derfor vigtigt, at retspsykiatrisk afdeling orienterer kommunen hurtigst muligt, så der kan blive taget hånd om borgeren hurtigst muligt, da det er en fælles opgave at varetage disse patienter.

Efterprøvelse af udvisning i forbindelse med udskrivning

I de tilfælde, hvor den behandlingsdømte er udvist, skal der i forbindelse med udskrivningen af den pågældende, foretages en domstolsprøvelse af, om udvisningen skal ophæves, fordi udlændingens helbredsmæssige tilstand taler afgørende imod, at udsendelse finder sted. Retten træffer således afgørelse om, hvorvidt udvisning skal opretholdes i forbindelse med en afgørelse om ændring af en foranstaltningsdom, der indebærer udskrivning.

Til brug for rettens prøvelse udfærdiger overlægen på retspsykiatrisk afdeling en erklæring om patientens helbredsmæssige tilstand, herunder om det hidtidige behandlingsforløb, om karakteren af og behovet for fortsat behandling og om konsekvenserne af, at behandlingsforløbet afbrydes. Erklæringen skal endvidere indeholde en vurdering af, om det må frygtes, at udlændingen vil begå personfarlig kriminalitet, hvis behandlingen afbrydes[4].

Psykiatrien underretter i så god tid som muligt politiet om, hvornår domfældte påtænkes udskrevet. Såfremt udskrivning ikke kan afvente domstolsprøvelse af udvisningen, underrettes politiet herom – inden der sker udskrivning – således, at domfældte kan søges varetægtsfængslet i medfør af udlændingelovens §35.

Udgang

Hvis domfældte er idømt en anbringelsesdom er det – alt afhængig af udgangens karakter – overlægen eller statsadvokaten, der træffer beslutning om udgang[5]. Det er særligt vigtigt, at der sker underretning om beslutningen om udgang ved personer med anbringelsesdom. Underretning foretages af den statsadvokat, som fører tilsyn med foranstaltningen. I de tilfælde hvor overlægen første gang giver tilladelse til uledsaget udgang uden for institutionens område giver sygehuset, afdelingen eller institutionen mv. straks statsadvokaten meddelelse herom, såfremt forurettede har anmodet om at få denne underretning. Politidirektør en underretter psykiatrien om forurettedes eventuelle anmodning. I de tilfælde hvor statsadvokaten træffer afgørelse om udgang vedrørende personer, der er dømt til anbringelse underretter statsadvokaten politiet om afgørelsen. Politidirektøren orienterer sygehuset, afdelingen eller kommunen mv. og statsadvokaten, hvis forurettede skal underrettes[6].

Recidiv

Som tidligere nævnt er det fælles forpligtelse for alle de involverede parter at forebygge psykisk sygdom og kriminalitet.

I tilfælde af ny kriminalitet er det vigtigt, at lægerne i psykiatrien og Kriminalforsorgen bliver underrettet med henblik på deres vurdering af patienten. Underretningen sker ved, at politiet orienterer psykiatrisk afdeling og kriminalforsorgen, når en foranstaltningsdømt begår ny kriminalitet.

Såfremt der ved ny kriminalitet meddeles et tiltalefrafald, får psykiatrien en kopi og et brev fra Statsadvokaturen, hvoraf det fremgår, at psykiatrien kan tage stilling til, om behandlingen som følge af den nye kriminalitet bør ændres.

1. *Se hertil Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007, afsnit 17 og Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2006, afsnit 2.9.*
2. *Bekendtgørelse nr. 200 af 25. marts 2004 om udgangstilladelse m.v. til personer, der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret.*
3. *Bekendtgørelse nr. 823 af 26. juni 2013 om underretning ved udgang og løsladelse mv. samt ved medvirken i tv- eller radioprogrammer eller portrætinterview.*

4. Ansvarsfordelingen ved overgang fra indlæggelse til ambulant behandling

Når retspsykiatriske patienter udskrives til ambulant behandling, består det videre behandlingsforløb ofte af flere forskellige tilbud i det sociale system. Derfor er samarbejdet på tværs af de involverede myndigheder og kontinuiteten i forløbet afgørende for det gode patientforløb. Udslusning af retspsykiatriske patienter skal planlægges, så behandlingen koordineres, og ansvarsfordelingen mellem de involverede parter defineres.

Det er overlægen, der tager stilling til, hvornår patienten skal udsluses, og patienten kan udskrives, når opfølgning er fastlagt med den ambulante enhed, som oftest Retspsykiatrisk Distriktspsykiatri. Den modtagende afdeling eller lokalpsykiatrien overtager ved udskrivning ansvaret for forløbetog videreførelsen af den overordnede behandlingsplan.

Efter udskrivning af patienten har kommunen ansvaret for at understøtte patienten og yde en helhedsorienteret indsats, der er tilpasset den enkeltes behov, herunder hjælp til bolig, gæld, misbrug, beskæftigelsesmuligheder, planlægning af hverdagen, udnytte eksisterende sociale tilbud og støtte til at få kontakt til familie og andet netværk.

Udskrivning kan være særlig kritisk og svær for patienten, når der har været tale om en langvarig indlæggelse og i disse tilfælde, er det særligt vigtigt at patienten tilbydes en velkoordineret indsats for at komme til at fungere selvstændigt i samfundet. Det er vigtigt at give patienten en meningsfuld tilværelse, hvilket også er med til at forebygge ny kriminalitet. Ved langvarige indlæggelser inddrages kommunen i planlægningen af udslusningsforløbet allerede under indlæggelsens sidste del. Dette gælder også ved overdragelse af misbrugsbehandling.

Kommunen skal have den fornødne information til at kunne varetage opgaver i kommunalt regi. Det kan fx være via koordinationsplaner eller netværksmøder, at kommunen opnår tilgængelig, relevant information. Det vil sige, at retspsykiatrien skal sikre, at de medarbejdere, der skal varetage opgaven, har tilstrækkelig information til dette. Kommunen skal således have kendskab til indholdet i behandlingsdommen og en tilstrækkelig information til, at kommunen kan tage de nødvendige forholdsregler og foretage en reel risikovurdering.

Inddragelse af kommunen

Ved afslutning af forløbet i retspsykiatrien overgår behandlingen til almenpsykiatrien, og i tilfælde af misbrugsbehandling fortsætter behandlingen i kommunal misbrugsbehandling. Det er vigtigt, at kommunerne inddrages så tidligt som muligt, og at der er en løbende dialog mellem psykiatrien og kommunerne. Med kommunerne forstås her borgerens handlekommune og ikke beliggenhedskommunen, som beskrevet i bilag C.

Rettidig inddragelse af kommunen sikrer også, at der etableres kontakt til patienten med henblik på at videreføre behandlingen.

De mere komplicerede forløb løses i et samarbejde med tæt dialog, og det er vigtigt med gensidig respekt og anerkendelse af den andens vilkår.

Udskrivnings/koordinationsplaner:

Formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner jf. psykiatrilovens §§ 13a og 13b er at give relevante aktører i relation til patienten, mulighed for at udveksle oplysninger, og herved styrke samarbejdet om udsatte patientgrupper, på tværs af funktioner og sektorer. Dette med udgangspunkt i, at forebygge recidiv.
Målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er patienter der enten modtager eller bør modtage foranstaltninger jf. Servicelovens kapitel V. Hvis eksterne samarbejdspartnere har relevant information og viden, eller har konkrete ønsker til udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen, forventes det, at de kontakter de retspsykiatriske afdelinger.
Indholdsmæssigt er en udskrivningsaftale og en koordinationsplan ens, med adskiller sig ved følgende:

- Udskrivningsaftalen jf. Psykiatrilovens § 13a, er en frivillig aftale mellem patient, psykiatri og andre relevante aktører i forhold til den fortsatte behandling og social støtte efter udskrivelse. Aftalen udarbejdes med samtykke fra patienten.
- Koordinationsplanen jf. Psykiatrilovens § 13b, er en aftale mellem psykiatrien og relevante aktører hvor planen beskriver den fortsatte behandling og den sociale støtte men uden deltage fra patienten, da aftalen udarbejdes uden patientens samtykke.

Både udskrivningsaftalen og koordinationsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling, sociale tilbud samt de behandlingsmæssige tilbud, som vurderes vil være relevant for patienten.

Ved udarbejdelse af en koordinationsplan, vil der kunne videregives oplysninger om patientens private forhold, uden patientens samtykke, hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til patientens videre behandling. Der henledes opmærksomhed på, at ved udarbejdelse af en koordinationsplan, kan patienten hverken nægte eller gøre indsigelser mod indholdet, da denne type plan ikke kræver samtykke jf. Psykiatrilovens § 13b.

Koordinerings- og behandlingsmøder

Der afholdes koordinerings- og behandlingsmøder omkringafklaring af behov for eventuel fremtidig støtte mellem afdelingen og kommunen. Den praktiserende læge kan eventuelt deltage. Koordinerings- og behandlingsmøder skal afholdes i god tid før udskrivning, og det skal på møderne planlægges, hvordan der på bedst mulig måde sker udskrivning af patienten. Kriminalforsorgen skal inddrages, da de ofte skal føre tilsyn med patienten efterfølgende og samarbejder med den retspsykiatriske distriktspsykiatri.

Netværksmøder og Udskrivningsmøder:

Formålet med begge type møder, er at sikre glidende sektorovergange ved udskrivelse fra en retspsykiatrisk afdeling til gavn for patientens videre behandling og sociale støtte samt forebygge recidiv.

Principielt skal det prioriteres, at afholde netværks- samt udskrivningsmøder inden for begrebet rettidig omhu. Ligeledes bør der være øget fokus på, at udskrivelser af patienter fra retspsykiatriske afdelinger generelt søges planlagt. Dette med forbehold for, at de retspsykiatriske afdelinger har en akut funktion, hvilket vil kunne medfører at nogle udskrivelser, kan ske uden hensigtsmæssigt varsel.

Formålet med afholdes af netværksmøder er primært at drøfte, hvis det ud fra en lægefaglig eller socialfaglig vurdering skønnes hensigtsmæssigt, at der bør ske ændring i den nuværende indsats eller tilbydes andet tiltag til patienten. Formålet med afholdes af udskrivningsmøder, er i forhold til et fokus på kendte patienter og deres forløb. Hvor det vurderes relevant, at overleverer beskrivelse til primær systemet af patientens nuværende forløb. Ligeledes i samarbejde med patienten og på tværs af sektorer, at udarbejde udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Problemer der opstår uden for dagtiden

De kommunale og regionale tilbud, der rummer borgere med tilknytning til retspsykiatrien, er specialiserede og har særlige kompetencer til at håndtere netop denne målgruppe. Det forventes derfor, at langt de fleste konflikter kan løses via personalets professionelle håndtering af situationen.

Opstår der problemer uden for dagtiden, hvor personalet vurderer, at der er behov for en lægelig vurdering og/eller politiets hjælp, tilkaldes lægevagten. Når vagtlægen tilkaldes, kommer de hurtigst muligt, og koordinerer deres ankomst med politiet. Personalet foretager i den konkrete situation en risikovurdering, og hjælp tilkaldes alene, når det er nødvendigt og relevant.

Når vagtlægen vurderer, at der er behov for indlæggelse efter at have tilset og observeret patienten, kontaktes overlægen på retspsykiatrisk afdeling med henblik på dialog omkring patienten og en eventuel indlæggelse.

En lille gruppe af patienter har en åben indlæggelse, hvilket betyder, at retspsykiatrisk afdeling kan kontaktes ved problemer, og patienten kan indlægges direkte efter bagvagtens beslutning. Retspsykiatrien genvurderer en gang om måneden denne persongruppe.

Genindlæggelse

Ved genindlæggelse sker en frihedsberøvelse af patienten, og det er derfor særligt vigtigt, at der er proportionalitet iforhold til indlæggelsen og det forhold, der fører til overvejelser herom (f.eks. misbrug). Overlægen foretager der- for altid en konkret vurdering af, om genindlæggelse skal ske i den pågældende situation. Ved vurderingen lægges bl.a. vægt på, hvad risikoen er for ny kriminalitet, hvad indlæggelse betyder for behandlingen nu og på lang sigt, hvad patienten er dømt for, hensynet til omgivelserne og hensynet til den almene retsfølelse.

Orientering til almen praksis

Når det er relevant, orienterer retspsykiatrisk afdeling patientens praktiserende læge ved behandlingens opstart, afslutning og ved væsentlige ændringer i behandlingen.

5. Fælles uddannelse

Viden og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen og et godt samarbejde mellem parterne. Aftalens parter skal medvirke til gensidig vidensdeling og kompetenceudvikling. Omfanget og karakteren heraf aftales i de relevante implementeringsfora.

6. Implementering

Implementeringen af samarbejdsaftalen for retspsykiatriske patienter påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen berører, og aftalen vurderes løbende i det daglige samarbejde.

Der er indgået et samarbejde mellem Region Syddanmark og anklagemyndigheden, som skal sikre smidige sagsforløb og god kommunikation mellem parterne. I den forbindelse afholdes et årligt møde, hvor Statsadvokaturen, Kriminalforsorgen og politiet inviteres. På disse møder følges der op på samarbejdsaftalen og aftalen vurderes konkret.

De fire sundsklynger har ligeledes ansvaret for at implementere og følge op på aftalen. De fire sundhedsklynger har følgende opdeling:

- Sønderjylland (Tønder, Sønderborg, Haderslev, Aabenraa)
- Vestjylland (Fanø, Varde, Billund, Vejen, Esbjerg)
- Lillebælt (Kolding, Fredericia, Vejle, Middelfart, Vejen og Billund
- Fyn (Kerteminde, Nordfyn, Nyborg, Ærø, Langeland, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Odense, Assens).

Hver sundhedsklynge afholder to årlige møder, hvor implementering og opfølgning på gennem- førelsen af samarbejdsaftalen vurderes konkret. De praktiserende læger inddrages ligeledes i implementeringen afaftalen. Det foreslås, at man i forbindelse med implementeringen inviterer retspsykiatrisk afdeling til møderne, nårder er behov for det.

Ved behov kan kommunerne kontakte retspsykiatrisk afdeling med henblik på at afholde et møde, hvor der er mulighed for gennemgang af cases og aftale nærmere omkring lokale aftaler.

7. BILAG

Bilag A: Forløbsmuligheder forretspsykiatriske patienter

Bilag B: Ansvarsfordeling mellem beliggenhedskommune og handle-/betalingskommuner

Ansvarsfordeling mellem beliggenhedskommune og handle-/betalingskommuner i forbindelse med borgeres indlæggelse på Retspsykiatrisk Afdeling i Middelfart og Esbjerg

Udbygningen af retspsykiatrien med et større antal pladser i Middelfart og Esbjerg giver anledning til at præcisere ansvarsfordelingen mellem kommuner, som kun meget kort er berørt i samarbejdsaftalen om retspsykiatriske patienter.

Baggrunden herfor er især, at indlagte borgeres sagsbehandling ikke bør påvirkes af tvivl om, hvem som har handle- og betalingskommuneforpligtigelsen under indlæggelsen på Retspsykiatrisk afdeling.

Som udgangspunkt er det, efter retssikkerhedslovens §9 stk. 1, opholdskommunen, dvs. den kommune hvor personen har sin bopæl eller sædvanligvis opholder sig, der er handle- og betalingskommune for personen.

Når personen imidlertid har fået ophold i en institution under sygehusvæsenet eller kriminalforsorgen, og den oprindelige kommune eller en anden offentlig myndighed har medvirket hertil, så er handle- og betalingsforpligtelsen hos den oprindelige kommune jf. §9 stk. 7.

Denne retstilstand ændrer sig ikke ved at personen ændrer folkeregisteradresse til Middelfart eller Esbjerg Kommune. Udgangs- punktet er stadig, at den oprindelige kommune er handle-og betalingskommune.

Den oprindelige kommunes handle- og betalingsforpligtelse gælder så længe personen har ophold på Retspsykiatrisk afdeling eller på et tilsvarende botilbud (altså et af de tilbud som er refusionsgivende efter §9c).

Under indlæggelse på Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart eller Esbjerg bliver borgerne folkeregistertilmeldt i Middelfart Kommune med sygehusets adresse. Men det er som udgangspunkt fortsat den kommune, som er handle- og betalingskommune på tidspunktet for borgerens indlæggelse, som varetager handle- og betalingskommuneforpligtelsen under indlæggelsen.

Som udgangspunkt sker der ikke ændringer i patienternes bopæls-, handle eller betalingskommune, når de modtager en behandlingsdom. For patienter der modtager en anbringelsesdom, kan patientens adresse ændres til den retspsykiatriske afdeling, hvor patienten indlægges. Der skal i alle tilfælde foretages en konkret individuel social faglig vurdering, af evt. adresseændring for patienten. Ligeledes skal der være skærpet opmærksomhed fra både kommuner og de retspsykiatriske afdelinger på sektoransvaret, således at eventuelle sociale tiltag eller støtteforanstaltninger, ikke bliver hindret af en uklarhed omkring opgave og rollefordeling kommunerne imellem.

Bilag C: Retspsykiatriens indhentning af oplysninger fra kommunen til brug for udarbejdelse af mentalerklæringer

Retspsykiatrien henviser til Lov om rettens pleje §§ 809 og 810.
§ 809 omhandler mentalundersøgelser og indeholder ikke bestemmelser om indhentning af oplysninger.
§ 810 indeholder bestemmelse om indhentning af oplysninger fra borgerens pårørende eller andre privatpersoner. Oplysninger fra andre forvaltningsmyndigheder er ikke omfattet af § 810.
Det betyder at når retspsykiatrien vil indhente oplysninger om en borger gælder de almindelige regler om indhentning af oplysninger og her gælder databeskyttelsesforordningen.
Indsamling/indhentning af oplysninger er databehandling. Det er retspsykiatrien der har ansvaret for databehandlingen når der indhentes oplysninger fra kommunen. Det er muligt at indhente oplysninger uden borgerens samtykke hvis der er hjemmel til det. Retspsykiatrien skal kunne henvise til den retlige baggrund for indhentningen og konkretisere hvilke oplysninger der ønskes videregivet når der fremsendes anmodning til kommunen. Der må kun indhentes relevante oplysninger. Det er retspsykiatriens ansvar at der er hjemmel til indhentning og at der kun indhentes de nødvendige og relevante oplysninger. Kommunen kan ikke vide hvad der er relevant for retspsykiatriens arbejde. Kommunen er derfor uden ansvar for databehandlingen og skal udlevere de dokumenter retspsykiatrien beder om at få udleveret når retspsykiatrien tydeliggør hvilke oplysninger der ønskes udleveret.
Hjemlen til behandling er i databeskyttelsesforordningen artikel 6, stk. 1 litra c og e fsva. Almindelige personoplysninger og artikel 9, stk. 2 litra f, fsva. Personfølsomme oplysninger.

Bilag D: Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling

VEJ nr 9614 af 08/11/2010 (Gældende)		Udskriftsdato: 4. februar 2016
Ministerium:	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	**Senere ændringer til forskriften**
Journalnummer:	Indenrigs- og Sundhedsmin., Sundhedsstyrelsen, j.nr. 7-604-11-2/1	Ingen

Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling

Formålet med denne vejledning er at præcisere den omhu og samvittighedsfuldhed, som en behandlingsansvarlig overlæge og en ledende overlæge i medfør af lov nr. 1350 af 17. december 2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), § 17, skal udvise ved varetagelse af behandlingen af patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens §§ 68 eller 69.

Vejledningen omfatter behandling af patienter, der har fået en behandlingsdom og patienter, der har fået en dom til ambulant psykiatrisk behandling. Vejledningen omfatter ikke patienter, der er idømt dom til anbringelse.

Der er igennem en årrække set en stigning i antallet af patienter, der er idømt de nævnte psykiatriske særforanstaltninger, og Sundhedsstyrelsen har konstateret, at der er uensartet praksis for varetagelsen af disse patienter. Derfor præciserer vejledningen, hvordan den ledende overlæge og den behandlingsansvarlige overlæge skal varetage behandlingen af patienter idømt en af ovennævnte psykiatriske særforanstaltninger. Vejledningen præciserer overlægernes ansvar ved iværksættelse og gennemførelse af behandlingsforløb samt ansvaret i forbindelse med samarbejdet med andet personale og andre instanser.

Langt hovedparten af patienter, der er idømt psykiatriske særforanstaltninger, er i medfør af dommen underlagt tilsyn af kriminalforsorgen. Vejledningen præciserer derfor også den behandlingsansvarlige overlæges ansvar i forbindelse med samarbejdet med kriminalforsorgen om patienten.

- **Ved en behandlingsdom** forstås i denne vejledning, at en patient har fået en dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller er under tilsyn heraf. En behandlingsdom forudsætter som udgangspunkt, at behandlingen indledes med indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Overlægen kan beslutte at udskrive patienten til fortsat ambulant behandling. Patienten vil i givet fald kunne genindlægges på psykiatrisk afdeling, om nødvendigt med politiets hjælp, uden at patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse jf. psykiatrilovens bestemmelser. Afhængigt af dommen vil det være overlægen eller kriminalforsorgen sammen med overlægen, der træffer bestemmelse om genindlæggelse.
- **Ved dom til ambulant behandling** forstås i denne vejledning, at en patient har fået dom til ambulant behandling ved psykiatrisk afdeling. For hovedparten af disse patienter vil dommen give mulighed for, at patienten kan indlægges på psykiatrisk afdeling, om nødvendigt med politiets hjælp, uden at patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse jf. psykiatrilovens bestemmelser. Afhængigt af dommen vil det være overlægen eller kriminalforsorgen sammen med overlægen, der træffer bestemmelse om indlæggelse. For et mindretal af patienter, som har dom til ambulant behandling, giver dommen ikke mulighed for indlæggelse. Hvis disse patienter skulle få behov for indlæggelse, skal det foregå i henhold til psykiatrilovens bestemmelser.

Vejledningen gælder for behandlingen af alle patienter med en af ovenstående domme, uafhængigt af om dommen er kombineret med tilsyn af kriminalforsorgen eller ej. Det fremgår af vejledningen, i hvilke til-

fælde den alene er gældende for patienter med behandlingsdom eller alene for patienter, som er dømt til ambulant behandling.

Ved en retspsykiatrisk patient forstås i denne vejledning en patient idømt en af ovenstående psykiatriske særforanstaltninger.

Behandlingsansvar

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 62 af 20. januar 2010 om ret til sygehusbehandling § 14, at regionsrådene har pligt til på de psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der i henhold til dom behandles på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling. Fuldbyrdelse af idømte psykiatriske særforanstaltninger varetages således af sygehusvæsenet.

Efter at en patient er visiteret til et sygehus, er det den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling, som har ansvaret for at tilrettelægge behandlingsforløbet således, at hver patient til stadighed har en behandlingsansvarlig overlæge i hele det behandlingsforløb, dommen omfatter. Den ledende overlæge har det overordnede ansvar for, at alle afdelingens patienter, idømt en psykiatrisk særforanstaltning, har en behandlingsansvarlig overlæge.

Det er den ledende overlæges ansvar at sørge for, at der er en anden overlæge, der overtager ansvaret for patientens behandling ved en behandlingsansvarlig overlæges fravær, fx ved ferie og sygdom. Hvis den behandlingsansvarlige overlæge ikke længere er tilknyttet den afdeling, som patienten er visiteret til, skal den ledende overlæge sikre, at der udpeges en anden overlæge, som overtager ansvaret for behandlingsforløbet. Det skal fremgå af patientens journal, hvilken overlæge der til enhver tid har behandlingsansvaret.

Den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for patientens behandlingsforløb, men kan inddrage andre i behandlingen, fx andre læger eller sygeplejersker.

Da det følger af dommen, at behandlingsansvaret for en patient, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, skal varetages af en overlæge, kan en privatpraktiserende psykiater eller en kommunalt ansat psykiatrisk konsulent ikke være behandlingsansvarlig overlæge.

I de tilfælde hvor en retspsykiatrisk patient, der behandles i distriktspsykiatrien, indlægges, skal den behandlingsansvarlige overlæge i distriktspsykiatrien og den behandlingsansvarlige overlæge på afdelingen samarbejde om forløbet. For at afklare ansvarsforholdet skal den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling udarbejde en instruks for samarbejdet, herunder hvem der har behandlingsansvaret.

Iværksættelse af behandling

Når en patient har modtaget en behandlingsdom eller en dom til ambulant behandling, skal den behandlingsansvarlige overlæge sikre, at patienten indlægges eller ses i ambulatoriet, afhængigt af om patienten har fået en behandlingsdom eller dom til ambulant behandling. Patienter, som har ophold på et bosted, og som idømmes en behandlingsdom, skal også som udgangspunkt indledningsvis indlægges som følge af behandlingsdommen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal vurdere patientens behandlingsbehov. Den behandlingsansvarlige overlæge skal sikre, at patienten kommer i behandling hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at den psykiatriske afdeling har fået meddelelsen om dommen for patienter, der skal indlægges, og 4 uger for patienter, der skal behandles ambulant. Hvis tidsfristen ikke kan overholdes, skal begrundelsen herfor fremgå af patientens journal, samt hvilke overvejelser der ligger til grund for udsættelse af behandlingen.

Det kan i særlige tilfælde være nødvendigt med en kortere tidsfrist afhængigt af patientens behandlingsbehov, risiko for kriminelt recidiv, farlighed mv. Vurderingen foretages af den behandlingsansvarlige overlæge, som skal journalføre sine overvejelser og begrundelser for vurderingen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal hurtigst muligt give politidirektøren skriftlig besked om, hvornår patientens behandling påbegyndes.

Behandlingsplan

Det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar, at der udarbejdes en behandlingsplan, når en patient med en behandlingsdom indlægges, eller når en patient, der er dømt til ambulant behandling, påbegynder sit ambulante forløb. Ifølge psykiatrilovens[1)] § 3, stk. 3, skal der udarbejdes en behandlingsplan for indlagte patienter. For patienter, som har fået dom til ambulant behandling, skal der på samme vis udarbejdes en behandlingsplan, da den psykiatriske behandling også omfatter fuldbyrdelsen af en dom.

Behandlingsplanen skal udarbejdes i overensstemmelse med psykiatrilovens § 3, stk. 3, og den skal være udarbejdet senest én uge efter indlæggelsen eller påbegyndelsen af det ambulante forløb. Herudover skal behandlingsplanen indeholde en vurdering af patientens risiko for fornyet kriminalitet, og denne vurdering skal indgå i tilrettelæggelsen af behandlingen. Ved udarbejdelsen af planen skal den behandlingsansvarlige overlæge vurdere, om det er relevant for forløbet at beskrive patientens idømte foranstaltning, den bagvedliggende kriminalitet samt eventuelle tiltag mod forskellige risici for fornyet kriminalitet. Behandlingsplanen skal dække hele behandlingsforløbet, uafhængigt af behandlingsregi (indlæggelse eller ambulant).

Den behandlingsansvarlige overlæge har en særlig forpligtelse til at sikre, at det af behandlingsplanen fremgår, hvilken grad af observation fra sundhedsfagligt personale patienten har brug for, herunder om patienten skal have hjælp til at tage sin medicin mv. Desuden skal behandlingsplanen indeholde oplysninger om, i hvilke situationer patienten skal indlægges samt hvilke regler, der i henhold til dommen gælder for patientens indlæggelse og udskrivelse.

I det omfang den behandlingsansvarlige overlæge vurderer, at sundhedsfagligt personale på lægens vegne skal observere eller give medicin til patienten, skal lægen videregive relevante oplysninger til personalet til brug for observationen/medicingivningen. Det skal fremgå af behandlingsplanen, i hvilke situationer den behandlingsansvarlige overlæge skal kontaktes af det sundhedsfaglige personale, der eksempelvis varetager medicingivning eller observation af patienten.

Den behandlingsansvarlige overlæge kan overlade til en anden læge at udarbejde behandlingsplanen. Den behandlingsansvarlige overlæge skal dog godkende den.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal sikre koordinering med andre involverede instanser. For patienter, der har været indlagt, kan dette hensigtsmæssigt ske ved, at den behandlingsansvarlige overlæge sikrer, at der bliver udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, hvoraf ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet, kommunen, kriminalforsorgen mv. fremgår. Den behandlingsansvarlige overlæge skal desuden sikre, at behandlingsplanen og udskrivningsaftalen/koordinationsplanen justeres efter behov, samt at de involverede samarbejdspartnere orienteres, hvis der sker ændringer, som har betydning for samarbejdet.

Den behandlingsansvarlige overlæge kan overlade til en anden læge at udarbejde udskrivningsaftalen/ koordinationsplanen. Den behandlingsansvarlige overlæge skal i så fald godkende den.

Behandling

Det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar at sikre, at patienten får den nødvendige og relevante behandling. Den behandlingsansvarlige overlæge skal selv tilse patienten ved begyndelsen af behandlingsforløbet og konkret vurdere, hvor ofte det i behandlingsforløbet er nødvendigt, at patienten tilses og hvilket personale, der skal forestå behandlingen. Patienten skal som minimum ses én gang om måneden af den behandlingsansvarlige overlæge de første tre måneder. Efter en konkret vurdering fra den behandlingsansvarlige overlæge kan konsultationshyppigheden derefter ændres, således at patienten ses mindre hyppigt, men dog som minimum hver anden måned. Begrundelsen for beslutningerne om dette skal journalføres.

I særlige tilfælde kan opgaven med de indledende kontakter varetages af en anden speciallæge i psykiatri på sygehuset/afdelingen, fx en afdelingslæge. Dette skal foregå under tæt tilsyn fra den behandlingsan-

svarlige overlæge. Efter de indledende kontakter kan behandlingen af patienten varetages af læger under uddannelse til speciallæge i psykiatri eller andet personale med psykiatrisk erfaring. Dette skal ligeledes foregå under tæt tilsyn fra den behandlingsansvarlige overlæge.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal instruere det personale, som er involveret i behandlingen af patienten, i at give den behandlingsansvarlige overlæge tilbagemeldinger af relevans for behandlingen af patienten. Det kan fx være relevant, at personalet på et psykiatrisk bosted instrueres i, at de hurtigst muligt skal kontakte den behandlingsansvarlige overlæge, hvis de får kendskab til eller mistanke om, at en patient ikke tager sin medicin som ordineret, eller hvis der opstår mistanke om stofmisbrug eller fornyet kriminalitet. Instruktionen kan dog ikke erstatte tilsynet fra den behandlingsansvarlige overlæge eller kriminalforsorgen.

Ved patientens udeblivelse fra konsultation

Hvis en patient ikke møder til en planlagt konsultation, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder primært forsøge hurtigst muligt at få kontakt med patienten. Patienter, som er idømt en psykiatrisk særforanstaltning med tilsyn af kriminalforsorgen, har pligt til at oplyse kriminalforsorgen om adresseændring. Hvis det ikke er muligt inden for kortere tid efter udeblivelsen at komme i kontakt med patienten, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder beslutte, hvad der skal iværksættes i forhold til patienten. Såfremt patienten er under tilsyn af kriminalforsorgen, skal beslutningen ske i samarbejde med kriminalforsorgen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal i forbindelse med beslutningen vurdere, om det er tilstrækkeligt, at indkalde patienten til en ny konsultation, om patienten skal opsøges personligt, eller om der findes grundlag for indlæggelse af patienten, evt. med politiets hjælp. Hvis der er uenighed mellem kriminalforsorgen og overlægen, er det overlægen, der afgør, om der er grundlag for, at patienten skal indlægges, evt. med politiets hjælp. Den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder skal journalføre overvejelserne vedrørende beslutningen. I de tilfælde hvor det ved en patients udeblivelse fra en planlagt konsultation vurderes ikke at være nødvendigt at foretage sig yderligere, skal overvejelserne vedrørende beslutningen tillige journalføres.

Samarbejde

I forbindelse med dom til en psykiatrisk særforanstaltning er der oftest fastsat tilsyn af kriminalforsorgen, som i samarbejde med det psykiatriske behandlingssted skal påse, at patienten følger behandlingen. Hvis kriminalforsorgen kontakter den behandlingsansvarlige overlæge pga. bekymring for den dømte patient, fx ved mistanke om fornyet kriminalitet, skal overlægen sørge for, at patienten tilses hurtigst muligt med henblik på vurdering. Kun i helt særlige tilfælde vil det være tilstrækkeligt, at overlægen og kriminalforsorgen konfererer patienten telefonisk.

Indlæggelse

Patienter, der har dom til behandling på psykiatrisk afdeling, kan genindlægges, evt. med politiets hjælp, uafhængigt af, om psykiatrilovens bestemmelser om tvangsindlæggelse er opfyldt. Indikation for genindlæggelse kan eksempelvis være recidiv af misbrug, risiko for eller mistanke om kriminelt recidiv, at patienten er ophørt med at tage sin medicin, eller at patientens psykiske tilstand i øvrigt er forværret. Dette gælder også for patienter, som er dømt til ambulant psykiatrisk behandling, hvor det af dommen fremgår, at der er mulighed for indlæggelse.

Det gælder for begge kategorier af patienter, at beslutning om indlæggelse skal foregå i samarbejde med kriminalforsorgen, såfremt patienten har tilsyn af kriminalforsorgen.

For begge kategorier af patienter gælder det endvidere, at patienten kan – eventuelt skal – nægtes udskrivelse, selvom psykiatrilovens kriterier for tvangstilbageholdelse ikke er opfyldt. Indikationen for at nægte udskrivelse kan, som indikationen for indlæggelse, eksempelvis være risiko for recidiv til stofmisbrug, risiko for kriminelt recidiv, risiko for at patienten vil ophøre med medikamentel behandling efter udskri-

velsen, eller at patientens psykiske tilstand endnu ikke er stabil. Efter samme indikationer kan de retspsykiatriske patienter, som lader sig frivilligt indlægge, nægtes udskrivelse. Den behandlingsansvarlige overlæge på afdelingen har kompetencen til at udskrive patienten, men det bør altid drøftes med kriminalforsorgen. Den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder skal journalføre de overvejelser, der ligger til grund for udskrivelsen, såfremt patienten udskrives på trods af kriminalforsorgens indsigelser.

I nogle tilfælde kan en patient, der alene er dømt til ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse, have behov for indlæggelse. I disse situationer skal patienten vurderes og hvis der findes indikation herfor indlægges efter bestemmelserne om tvangsindlæggelse i psykiatrilovens §§ 5-9.

Det er vigtigt, at alt sundhedsfagligt personale, som er involveret i psykiatrisk behandling, har kendskab til de særlige regler, der gælder for indlæggelse af patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Det er den ledende overlæges ansvar, at der udarbejdes relevante instrukser således, at involveret personale handler efter de særlige regler for sådanne patienters indlæggelse. Den ledende overlæge skal herunder sikre, at personalet er bekendt med, at patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, ved behov for indlæggelse kan indlægges uafhængigt af, om den behandlingsansvarlige overlæge kan træffes. Den behandlingsansvarlige overlæge skal i givet fald efterfølgende orienteres om patientens indlæggelse. Personalet skal desuden være instrueret i, at ved indlæggelse af en patient, hvor det ifølge dommen er nødvendigt med kontakt til kriminalforsorgen, kan kriminalforsorgen træffes på telefonnumre, som kriminalforsorgen sørger for tilgår den psykiatriske afdeling. Hvis det ikke er muligt at få fat i kriminalforsorgen forud for indlæggelsen, skal kriminalforsorgen kontaktes den efterfølgende dag.

I tilfælde af at en retspsykiatrisk patient frivilligt lader sig indlægge, skal den behandlende overlæge snarest muligt orientere kriminalforsorgen herom af hensyn til kriminalforsorgens tilsyn.

Kontinuitet

I forbindelse med varetagelsen af retspsykiatriske patienter skal det understreges, at en høj kvalitet af diagnostik, behandling og opfølgning kan give mulighed for at etablere en konstruktiv relation til patienten, der kan strække sig ud over dommens tidshorisont. Dette kan eventuelt medvirke til forebyggelse af fremtidig recidiv af sygdom og af kriminalitet. I den forbindelse bør det være et naturligt led i planlægningen af indsatsen at forberede og sikre patientens overgang fra status som retspsykiatrisk patient til almindelig psykiatrisk patient.

Sundhedsstyrelsen, den 8. november 2010

ANNA MURPHY

/ Lena Graversen

Bilag E: Oversigt over deltagere i arbejdsgruppen

Formænd
Peter Fristed, ledende overlæge, Psykiatrisk Afdeling i Middelfart

Mette Heidemann, Social- og Sundhedsdirektør, Middelfart Kommune

Kommuner
Britt Lagoni, centerleder, Social- og Sundhedsforvaltningen, Kolding Kommune

Bodil Nissen, kontorchef i Voksen Myndighed og Faglig Udvikling, Esbjerg Kommune

Ivan N. Underlin, forstander på Solskrænten, Faaborg-Midtfyn Kommune

Preben Paulsen, Psykiatrikonsulent i Specialrådgivningen, Haderslev Kommune

Psykiatrien i Region Syddanmark
Rikke Sveistrup, afdelingssygeplejerske, Retspsykiatrisk distriktspsykiatri, Middelfart

Joan Lykke Johansen, overlæge, Retspsykiatrisk distrikts-psykiatri, Middelfart

Anette Bækgaard Jakobsen, afdelingschef, Psykiatri- og Socialstaben (deltog i stedet for Ulla Wernberg-Møller)

Katrine Hoeg, jurist, Psykiatri- og Socialstaben (koordinerings- og sekretærfunktion)

Kriminalforsorgen
Jette Christensen, afdelingsleder, Kriminalforsorgen på Fyn

Hans Bahnson Almdal, forsorgsfuldmægtig, Kriminal-forsorgen i Syd- og Sønderjylland

Ib Olander Andersen, afdelingsleder, Kriminalforsorgen i Syd- og Sønderjylland (i stedet deltog Hans Bahnson Almdal)

Statsadvokaturen
Tina Jægerum Østergaard, senioranklager, Statsadvokaturen i Viborg

Politiets anklagemyndighed
Jakob Beyer, advokaturchef, Syd- og Sønderjyllands Politi

Christina Korsgaard Andersen, Specialanklager, Syd- og Sønderjyllands Politi

Patient- og pårørendeorganisation
Kirsten Bünger Hansen, repræsentant for Bedre Psykiatri

Praktiserende læger
Jan Nielsen, praktiserende læge

Revision i 2022

Psykiatrien i Region Syddanmark
Charlotte Vestergaard Pedersen, Ledende socialrådgiver, Psykiatrisk Afdeling Middelfart

Kim Balsløv, Overlæge, Psykiatrisk Afdeling Middelfart

Joan Lykke Johansen, Overlæge, Psykiatrisk Afdeling Middelfart

Jens Egon Hansen, Oversygeplejerske, Psykiatrisk afdeling Esbjerg

Rasmus Nisbeth, forløbskoordinator, Afdelingsledelsen, Psykiatrisk afd. Svendborg

Helle Christiansen, Funktionsleder, Psykiatrien i Region Syddanmark

Kommuner
Maiken Skalborg Schmidt, Myndighedschef, Esbjerg Kommune

Anders Paasch Olsen, Centerleder, Botilbuddet Hertughaven, Sønderborg Kommune

Line Christiansen, Sagsbehandler, Faaborg – Midtfyn Kommune

Gitte Schmidt, konsulent på Voksenstøtteområdet, Billund

Sekretariat
Frida Middelfart, Konsulent, Tværsektorielt samarbejde, Region Syddanmark

Allan Vittrup, Chefkonsulent, Sundhedsforvaltningen, Odense Kommune

13644 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 02.2015

2015

Revideret juni 2018 og januar 2023

Samarbejdsaftale

om subkutan kemoterapi

Region Syddanmark og de 22 kommuner

Baggrund

Patienter i behandling med kemoterapi gennemgår ofte lange og intense behandlingsforløb med mange indlæggelser og/eller ambulante kontakter på sygehuset. Af hensyn til nærhedsprincippet og af respekt for patienternes tid er det ønskeligt, om en del af behandlingen kan gives i hjemmet. Der findes forskellige former for subkutan kemoterapi, som nogle patienter selv kan administrere, mens andre har brug for hjælp fra den kommunale sygepleje til administration heraf.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med denne samarbejdsaftale er at beskrive samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og sygehusene i forhold til administration af subkutan kemoterapi uden for sygehusregi.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Målgruppen for samarbejdsaftalen er patienter, der behandles med subkutan kemoterapi. Intravenøs kemoterapi er ikke omfattet af aftalen.

Forankring og ikrafttræden

Første udgave af samarbejdsaftalen var forankret i Sundhedsaftalen 2015-18 og trådte i kraft den 1. oktober 2015. Den første udgave af aftalen omhandlede kun ét navngivet præparat. Samarbejdsaftalen er siden da revideret ad to omgange – begge gange med udvidelse af aftalen i form af inklusion af yderligere et præparat.
Herværende samarbejdsaftale er en revideret udgave fra november 2022 – denne gang med en mere generel tekst uden angivelse af navngivne præparater.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

Kemoterapi er altid lægeordineret, og ordinationen udgår altid fra specialafdeling.
Aftalen omfatter alene subkutan kemoterapi, hvor administration inkl. evt. observation efter indgift maximalt varer 1 time.
Almen praksis indgår ikke i denne samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan kun anvendes i forhold til de præparater, der kan leveres til patientens hjem på en måde, hvor håndtering kan ske forsvarligt, og hvor medicinen kan opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.

Samarbejdet sker i henhold til Arbejdstilsynets vejledning om cytostatika (Arbejde med cytostatika - Arbejdstilsynet), hvor der er et afsnit om behandling med kemoterapibehandling i eget hjem (afsnit 3.5, Medicingivning til patienter i private hjem).

Sygehusets ansvar er:

- at udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen (hvis kemoterapien ordineres i forbindelse med en indlæggelse)
- at patienten er informeret om kemoterapien og mulige bivirkninger hertil
- at kemoterapien samt eventuelt understøttende medicin er ordineret i FMK med tydelig angivelse af tidspunkt for injektion i de tilfælde, hvor det er vigtigt
- at behandlingsplan for kemoterapien skrives i plejeforløbsplanen og udskrivelsesrapport (for indlagte patienter) eller i korrespondance (for ambulante patienter).
- at sørge for, at behandlingsplanen indeholder oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling samt døgnåbent telefonnummer hertil
- at sørge for, at medicinen sendes til patientens bopælsadresse - alternativt sendes med patienten hjem
- at medsende eller henvise med link til de instrukser, der skal anvendes i forbindelse med behandlingen

Kommunens ansvar er:

- at indgive den subkutane kemoterapi jf. ordinationen i FMK / i henhold til behandlingsplan eller korrespondance.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Sygehuset sørger for, at patienten har kanyleboks i hjemmet til bortskaffelse af affald.

Patienten afleverer den brugte kanyleboks på sygehuset ved næste fremmøde der.

I henhold til gældende kommunale regler vedr. arbejdsmiljø, medbringer den kommunale hjemmesygepleje nødvendige utensilier, såsom engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyl).

Kompetenceudvikling

Den ordinerende afdeling er, for hver enkelt patient, i kontakt med den kommunale sygepleje ift. at koordinere administrationen af subkutan kemoterapi. Den ordinerende afdeling stiller sig til rådighed døgnet rundt ved behandlingsrelaterede spørgsmål.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for Behandling og Pleje har ansvar for at følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i sundhedsklyngerne.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Den strategiske Sundheds-styregruppe.
Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende, ændrede vilkår for opgaven, eksempelvis nye kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.

For yderligere information

Region Syddanmarks hjemmeside, afdelingen for Tværsektorielt samarbejde:
https://www.regionsyddanmark.dk/wm481697

15571 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 06.2018

Samarbejdsaftale vedr. voksne med erhvervet hjerneskade

Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Samarbejdsaftale – Voksne med erhvervet hjerneskade

Indholdsfortegnelse

1 Indledning ... 3
1.1 Formål og målgruppe ... 3
1.2 Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger ... 3
1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer ... 3
1.4 Begrebsafklaring og definitioner ... 4

2 Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar ... 5
2.1 Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner ... 5
2.2 Opgaver og ansvar hos øvrige aktører ... 8
2.2.1 Foreningsejede specialsygehuse ... 8
2.2.2 Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud ... 8
2.2.3 Rådgivende organer ... 8
2.2.4 Patientorganisationer ... 8

3 Genoptræningsplanen ... 9
3.1 Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner ... 9
3.2 Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner ... 9

4 Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering ... 10
4.1 Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer ... 10
4.2 Almen genoptræning ... 11
4.2.1 Basalt niveau ... 11
4.2.2 Avanceret niveau ... 11
4.3 Specialiseret genoptræning ... 11
4.4 Rehabilitering på specialiseret niveau ... 12

5 Tværsektorielle forløb og faser ... 13
5.1 Den akutte fase ... 13
5.2 Den subakutte indlæggelse ... 13
5.2.1 Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer) ... 13
5.2.2 Hovedfunktionsniveau ... 13
5.2.3 Regionsfunktionsniveau ... 14
5.2.4 Højt specialiseret niveau ... 15
5.3 Stabiliseringsfasen – når personen har nået sit bedst mulige funktionsniveau ... 16
5.3.1 Patienter, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen ... 16
5.3.2 Vurderingsophold ... 17
5.3.3 Brush-up ... 17

6 Kommunikation og koordinering ... 18

Høringsudkast

6.1 Udvidet koordinering 18
6.2 Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører 18
6.2.1 Koordinering internt i kommunen 18
6.2.2 Eksterne leverandører 19

7 Brugerinddragelse 20
7.1 Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk 20
7.1.1 Under indlæggelsen 20
7.1.2 Efter indlæggelse 20
7.2 Inddragelse af brugerorganisationer 21

8 Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling 22
9 Evaluering 22
Referencer: 23
Bilag: 24
Bilag 1: Inkluderede diagnosegrupper 24
Bilag 2: Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner 26

Høringsudkast

1 Indledning

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne samarbejdsaftale er at sikre en sammenhængende indsats for personerne med erhvervet hjerneskade og pårørende på tværs af sektorer. Formålet er at sikre, at personerne med erhvervet hjerneskade tilbydes genoptræning og rehabilitering, som tager udgangspunkt i deres behov. Målgruppen for samarbejdsaftalen er voksne (fra 18 år), som har en erhvervet hjerneskade, og som har behov for genoptræning og/eller rehabilitering som følge af hjerneskaden. De inkluderede diagnoser fremgår af bilag 1. Der vil blive udarbejdet en syddansk samarbejdsaftale for børn og unge med erhvervet hjerneskade. Vilkårene for de to målgrupper er meget forskellige, derfor dækker nærværende samarbejdsaftale alene de voksne.

1.2 Baggrund, lovgrundlag og anbefalinger

Nærværende samarbejdsaftale indarbejder og opdaterer indholdet fra følgende syddanske, tværsektorielle aftaler:

- *Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark*, marts 2014 (1)
- *Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau*, november 2015 (2)
- *Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser*, december 2019 (3).

Tilpasnings- og implementeringsaftalen samt *Aftalen om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau* erstattes af nærværende samarbejdsaftale. Aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner er fortsat gældende.

Baggrunden for opdateringen er dels ønsket om at samle de retningsgivende dokumenter for det syddanske samarbejde på hjerneskadeområdet, dels at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har opdateret deres anbefalinger og forløbsprogrammer:

- *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade,* Sundhedsstyrelsen, september 2020 (4)
- *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne*, Sundhedsstyrelsen, september 2020 (5)
- *Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade*, Socialstyrelsen, november 2021 (6).

1.3 Principper og understøttende samarbejdsstrukturer

Samarbejdsaftalen indgås i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023, der er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner. I Syddanmark samarbejder sundhedsvæsenets parter om sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i samarbejdsaftalen SAM:BO – samarbejde om borger/patientforløb, der fastlægger parternes forpligtelser til kommunikation og samarbejde

Høringsudkast

ved forskellige typer forløb, både somatiske og psykiatriske. SAM:BO gælder også ved forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

1.4 Begrebsafklaring og definitioner

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne indeholder følgende definition af genoptræning, som også anvendes i denne samarbejdsaftale:

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne.

Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Det er f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl.

I samarbejdsaftalen anvendes følgende definition af rehabilitering, som fremgår af Hvidbog om rehabilitering, der blev udgivet i marts 2022(7):

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Samarbejdsaftalen anvender WHO's model for funktionsevne, der bygger på ICF[1], hvor funktionsevnen omfatter kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse (8).

[1] International Classification of Functioning, Disability and Health

2 Opgavefordeling, aktørernes opgaver og ansvar

Regionen har det fulde sundhedsfaglige myndighedsansvar, så længe personen er indlagt. Regionen har ansvar for det præhospitale beredskab, mens det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis. Regionen har desuden ansvar for at sikre udviklings- og forskningsarbejde, og kommunerne skal medvirke til dette således, at sundhedsydelser og uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.
Efter udskrivelsen har kommunen det fulde myndighedsansvar fraset på sundhedsområdet, hvor myndighedsansvaret er delt mellem region og kommune. Kommunerne har myndighedsansvaret for visse ydelser efter sundhedsloven, herunder vederlagsfri fysioterapi samt almen genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne har ligeledes myndighedsansvaret for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven. Kommunerne kan også tilbyde andre kommunale indsatser med et rehabiliterende sigte som f.eks. patientrettet forebyggelse jf. sundhedslovens §119.
Almen praksis fungerer som den gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson i forløbet, og kan inddrages i samarbejde med både sygehus og kommune om forhold, der kan have indflydelse på iværksættelse af rehabiliterende indsats, f.eks. multisygdom.
I fællesskab har region, almen praksis og kommune ansvar for at sikre den gode overgang mellem sektorer og skabe sammenhængende forløb.

2.1 Opgaver og ansvar hos region, almen praksis og kommuner

	Regionen	Almen praksis
Patientrettet forebyggelse	Iværksættelse af patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCI	Opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCI
Følgetilstande og komorbiditet	Behandling af følgetilstande og komorbiditet, evt. i samarbejde med almen praksis	Opfølgning på og behandling af følgetilstande (f.eks. depression og epilepsi), evt. i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på følgetilstande, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold
Medicinering	Udarbejdelse af epikrise til almen praksis, herunder aftaler om fortsat medicinering	Ved behov sikre dialog med hospitalets speciallæger i forhold til medicinering
Kørselsforbud	Stillingstagning ift. kørselsforbud – Alle patienter har et midlertidigt kørselsforbud ved udskrivelse indtil dette ophæves af egen læge	Vurdering af køreevnen og opfølgning på det midlertidige kørselsforbud
Ambulant udredning, revurdering og opfølgning	Ambulant udredning, revurdering og opfølgning via neurologisk ambulatorium (uddybes i afsnit 5.3.1)	Henvise til ambulant udredning, revurdering og opfølgning

Høringsudkast

	Regionen	Kommunen
Hjælpemidler og behandlingsredskaber	Vurdering af behov for behandlingsredskaber og udlån af disse	Vurdering af behov for hjælpemidler og træningsredskaber og udlån
Planlægning og gennemførelse af udskrivelsen	Tidlig inddragelse af kommunen i planlægning af udskrivelsen i henhold til SAM:BO. Ved behov, udarbejdelse af genoptræningsplan i henhold til 'Den gode genoptræningsplan' (9)	Inden udskrivelsen påbegyndes tilrettelæggelse og planlægning af rehabiliteringsforløbet efter udskrivelsen.
	Afholdelse af udskrivningssamtale sammen med patient, pårørende og kommune	Deltagelse i udskrivningssamtale ved behov, evt. virtuelt
Genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse	Varetagelse af genoptræning på specialiseret niveau efter udskrivelse	Sikre varetagelse af genoptræning og/eller rehabilitering på det i genoptræningsplanen angivne niveau og ud fra personens aktuelle situation.
Forskning og udviklingsarbejde	Sikre forskning og udvikling inden for hjerneskadeområdet	Medvirke til forsknings- og udviklingsarbejde.

	Regionen	Almen praksis	Kommunen
Inddragelse	Inddragelse af personen og pårørende i hele forløbet, herunder indhente samtykke til videregivelse af relevante oplysninger på tværs af sektorer		
Støtte og rådgivning	Støtte og rådgivning til personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, herunder gøre opmærksom på, at de kan få hjælp og støtte fra brugerorganisationer. For almen praksis desuden henvisning af pårørende til psykologhjælp ved behov.		
Habilitet	Lægefaglig vurdering af habilitet. Ved varig eller midlertidig nedsat mental habilitet overleveres information til kommunen med oplysning om evt. pårørende	Løbende vurdere patienternes habilitet og henvise tilbage til specialistudredning ved behov for dette.	Ved hospitalslægens vurdering af nedsat mental habilitet lægges der en plan for, om der skal søges om værgemål

Høringsudkast

	Regionen
Øvrige opgaver	Præhospital indsats
	Udredning i forhold til diagnose
	Iværksættelse af indsatser mhp. at forebygge/reducere hjerneskadens omfang
	Behandling af hjerneskaden
	Hjerneskaderehabilitering under indlæggelsen
	Interdisciplinær udredning af funktionsevne, rehabiliteringsbehov og –potentiale
	Ved mistanke om synsproblematikker: Henvisning til øjenafdelingen på Vejle Sygehus, Sønderborg Sygehus eller OUH med henblik på udredning.
	Sygehuse med hjerneskaderehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau: Samarbejde med og rådgivning af kommuner samt almen praksis i forhold til konkrete personer i forlængelse af udskrivelsen.
	Psykiatrien: Vurdering af og tilpasning af rehabiliteringstilbud til personer med vedvarende adfærdsforstyrrelser efter hjerneskade
	Almen praksis
	Henvisning til hospitalsbehandling, herunder udredning, ved mistanke om hjerneskade
	Udarbejdelse af lægeerklæring til brug i Jobcentrene
	Henvisning til vederlagsfri fysioterapi, herunder også vederlagsfri ridefysioterapi
	Kommunen
	Sikring af at kommunernes tilbud, henvisningsmuligheder og kontaktinformation er let tilgængelig for samarbejdsparterne, herunder almen praksis. Kommunerne har en forpligtigelse til at opdatere informationerne på www.sundhed.dk og på deres egne hjemmesider.
	Hjerneskadekoordination
	Vurdering af personens behov for hjælp efter anden lovgivning end sundhedsloven
	Iværksættelse og koordinering af sammenhængende og effektive genoptrænings-/rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivningsområder og forvaltninger på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet, herunder samarbejde med evt. aktører uden for kommunen, der er under-leverandører.

2.2 Opgaver og ansvar hos øvrige aktører

2.2.1 Foreningsejede specialsygehuse

I sundhedslovens § 79, stk. 2, er oplistet en række foreningsejede specialsygehuse, som kan levere sygehusbehandling. To af disse – Vejlefjord Rehabilitering og Center for Hjerneskade i København – tilbyder behandlingsforløb for personer med erhvervet hjerneskade. Forløb på specialsygehuse finansieres inden for den lovbestemte økonomiske ramme, fritvalgsrammen. Specialsygehusene kan også levere rehabilitering på specialiseret niveau. I så fald er det kommunen, der har myndigheds- og finansieringsansvar.

Uanset om specialsygehusene leverer behandling efter aftale med regionen eller rehabilitering efter aftale med kommunen skal de opfylde de krav og anbefalinger, der er beskrevet i lovgivning og retningslinjer (10, 11)

2.2.2 Andre leverandører af specialiserede rehabiliteringstilbud

Der findes en række private og offentlige hjerneskadetilbud, herunder specialiserede rehabiliteringstilbud, der fungerer som leverandører af både enkeltindsatser og samlede rehabiliteringsforløb efter udskrivelse. Det er kommunen, der har myndighedsansvaret i forhold til at indgå kontrakt med og kvalitetssikre de leverandører, som de køber opgaven hos. Kommunen har ansvar for at sikre, at de leverandører, som kommunen anvender, opfylder de opstillede krav.

2.2.3 Rådgivende organer

Der findes forskellige rådgivningsorganer, som rådgiver kommunerne ift. personer med erhvervet hjerneskade. Disse kan eksempelvis rådgive en kommune om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et tilbud til personer med omfattende kognitive, fysiske og/eller sociale følger af hjerneskade kan indeholde.

2.2.4 Patientorganisationer

Organisationer, som f.eks. Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen, er vigtige aktører i forhold til at understøtte personer med erhvervet hjerneskade og deres pårørende, bl.a. gennem rådgivning og viden, og de har sædvanligvis forskellige tilbud med mulighed for samvær med andre ligestillede samt tilbud om psykosocial rådgivning, støtte og aktiviteter. Sådanne tilbud kan supplere tilbud om genoptræning og rehabilitering både samtidig med og efter endt forløb i det etablerede sundhedsvæsen.

Høringsudkast

3 Genoptræningsplanen

Alle personer med erhvervet hjerneskade, der har et lægefagligt behov for genoptræning ved udskrivning, og hvor personen har behov for professionelle genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatser i forlængelse af behandlingen på sygehuset, skal tilbydes en genoptræningsplan. Planen skal udarbejdes i samarbejde med personen og eventuelle pårørende. (10)

I forbindelse med den praktiske udarbejdelse af genoptræningsplanen inddrages andre sundhedspersoner, herunder f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker. Inden for hjerneskaderehabilitering foretages vurderingen af specialiseringsniveauet ofte i tværfagligt samarbejde.

3.1 Generelle krav til indhold i genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal angive, om personen har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af personens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en angivelse af, hvilke funktionsevnenedsættelser genoptræningen skal rette sig imod. Endelig skal den indeholde oplysninger om, hvordan regionen og kommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet (10). Af bilag 2 fremgår kravene til indhold i genoptræningsplaner jf. *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner* (11).

3.2 Tidsfrist for opstart af genoptræningsplaner

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til personen på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig sendes til hjemkommunen samt alment praktiserende læge. Hvis der er behov for tidlig opstart eller udskudt opstart af genoptræning af sundhedsfaglige grunde, skal dette fremgå af genoptræningsplanen (10).

I Syddanmark er der ift. tidsfrister aftalt følgende mellem regionen og kommunerne i Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser:

- Ved almen genoptræning tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen inden for 7 kalenderdage efter udskrivelse, hvor udskrivelsesdagen er dag 0. Alternativt tilbydes personen frit valg af genoptræningssted.
- Ved genoptræning på specialiseret niveau (ambulant genoptræning) tilbydes personen opstart af genoptræningsindsatsen indenfor 14 kalenderdage efter modtagelse af genoptræningsplanen
- Ved genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau igangsættes den kommunale genoptræning som udgangspunkt i forlængelse af indlæggelsen og maks. 7 dage efter udskrivelsen, hvor udskrivelsesdagen er dag 0.

Kravene gælder for alle typer genoptræning/rehabilitering, undtagen når personen har et sundhedsfagligt begrundet behov for at starte op enten tidligere eller senere.

Høringsudkast

4 Krav til leverandører af genoptræning og rehabilitering

4.1 Genoptræningsbehov og omfang af indsatser på de forskellige niveauer

En person tilbydes genoptræning jf. sundhedslovens §140, når personen udskrives fra sygehuset med en genoptræningsplan. Genoptræningen stratificeres i følgende tre kategorier jf. personens behov og funktionsniveau:

- **Almen genoptræning (basal og avanceret niveau)**
- **Specialiseret genoptræning (ambulant genoptræning)**
- **Rehabilitering på specialiseret niveau**

Det er sygehuset, der har beføjelsen til at vurdere, hvilken type genoptræningsplan personen skal have. For alle niveauer gælder, at tilrettelæggelsen af indsatsen i forhold til intensitet i forløbet bør ske med udgangspunkt i individuelle behov. (4, s. 56)

Ved **basal genoptræning** gælder, at der er et afgrænset genoptræningsbehov eller -potentiale. Forløbet består typisk af indsatser minimum to gange om ugen, varetaget af en eller flere faggrupper, som oftest ergo- og fysioterapeuter.

Ved **avanceret genoptræning** vil der typisk være behov for indsatser minimum tre gange om ugen, varetaget af to eller flere faggrupper. Der kan være behov for at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser.

Når en person med erhvervet hjerneskade får en genoptræningsplan til **rehabilitering på specialiseret niveau**, er der tale om omfattende, komplicerede, sjældne eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder (arbejdsliv, socialt- og fritidsliv), herunder særligt omfattende mentale funktionsnedsættelser. Her vil forløbet ofte bestå af en kombination af indsatser fra mindst tre faggrupper, og med indsatser minimum fem dage om ugen, gerne dagligt og ofte flere gange dagligt.

Personer med erhvervet hjerneskade har behov for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde. Indsatserne skal udføres af sundhedspersoner med neurofaglig viden og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (f.eks. logopæd,

Høringsudkast

neuropsykolog, socialrådgiver, synskonsulent osv.).Nedenfor beskrives de indsatsområder, der er relevante for hhv. genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

- Sensomotorik med betydning for personens omsorg for sig selv, bevægelse og færden.
- Ernæring – herunder dysfagi.
- Kommunikation (dysartri, afasi og/eller kognitive kommunikationsvanskeligheder).
  Der er typisk behov for samtalestøtte og særlige rammer.
- Syn eller opmærksomhed (f.eks. hemianopsi eller neglekt).
- Kognition generelt - med væsentlig betydning for personens daglige livsførelse og mulighed for at fungere selvstændigt og/eller på samme vilkår som tidligere.
- Adfærd og/eller personlighed (f.eks. ift. indsigt, initiativ, dømmekraft eller agitation).
- Udtrætning
- Emotionelle forhold (f.eks. stemningsleje, temperament, motivation eller empati).

4.2 Almen genoptræning

Når en person udskrives med en almen genoptræningsplan er det kommunen, der visiterer til basalt eller avanceret niveau. Hvorvidt en person visiteres til genoptræning på basal eller avanceret niveau afhænger af personens funktionsevne og genoptræningsbehov – se eksempler og kompetencekrav i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade.

4.2.1 Basalt niveau

Genoptræning på basalt niveau vurderes kun at være relevant for en mindre del af målgruppen. Genoptræningen kan foregå i personens nærmiljø som ambulant indsats eller døgnophold. Der er i de fleste kommuner tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende set-up i kommunen, til at kommunen selv kan varetage genoptræning på basalt niveau.

4.2.2 Avanceret niveau

Størstedelen af den målgruppe, der modtager en almen genoptræningsplan, har behov, der kræver genoptræning på avanceret niveau. Der skal være et volumen, som sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager genoptræning af personer med erhvervet hjerneskade, har mulighed for primært at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Sundhedsstyrelsen oplyser, at de fleste kommuner, på grund af deres befolkningsunderlag, kan have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde, for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper. I prioriteringen af kvalitet og nærhed bør kvalitet altid vægtes højest. (4, s. 58)

4.3 Specialiseret genoptræning

Specialiseret genoptræning varetages som ambulant behandling på sygehuset. Indsatsen tilrettelægges med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant sygehusbehandling. Forløbet organiseres som et samlet forløb i et tæt interdisciplinært samarbejde,

Høringsudkast

hvor koordination af genoptræningsindsatsen og den lægelige behandling er afgørende. Indsatsen skal suppleres med vejledning og supervision i forbindelse med tværsektoriel overgang.

4.4 Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau vurderes at være relevant for en meget lille del af gruppen af personer med erhvervet hjerneskade. Genoptræningsplaner til dette niveau kan kun udskrives af afdelinger på regionsfunktionsniveau eller højere. Det er kommunen, der har ansvaret for at personen modtager rehabilitering på specialiseret niveau, enten ved selv at levere det eller ved at købe hele eller dele af forløbet hos en ekstern leverandør.

Ved valg af rehabiliteringstilbud er det nødvendigt, at leverandøren af tilbuddet besidder de rette kompetencer ift. at kunne varetage de faglige indsatser, som den enkelte har behov for (4, s. 60). Tilbuddene, der varetager rehabilitering på specialiseret niveau, skal kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø og sikre, at der kan leves op til kvaliteten også under ferie og sygdom. Der skal være et volumen, der sikrer, at de sundhedspersoner, der varetager rehabiliteringen overvejende og flere timer om dagen har mulighed for at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Der skal være det fornødne volumenmæssige grundlag for, at der kan medvirkes til udviklingsarbejde og forskning, og der skal være mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision til andre sundhedspersoner inden for hjerneskaderehabilitering. En rettesnor er, at fagpersoner som minimum håndterer ti individuelle forløb i løbet af et år på niveauerne avanceret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau (4, s. 60).

Høringsudkast

5 Tværsektorielle forløb og faser

5.1 Den akutte fase

Personen med erhvervet hjerneskade indlægges akut/subakut på neurologisk afdeling til udredning for den nyopståede sygdom. Under den akutte fase starter vurderingen af rehabiliteringsbehovet, og personen visiteres til videre behandling og rehabilitering på relevant specialiseringsniveau. Vurdering på sygehuset af, hvorvidt personen har behov for genoptræning og/eller rehabilitering, udføres i et interdisciplinært teamsamarbejde, og består af en generel udredning af funktionsevne. Det er vigtigt at den indledende genoptræning og/eller rehabilitering startes op, så snart tilstanden tillader det.

5.2 Den subakutte indlæggelse

Rehabilitering under indlæggelse kan jf. specialeplanen inddeles i følgende tre niveauer: Hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.

5.2.1 Den regionale visitation (til sygehusbehandling på forskellige niveauer)

Den regionale visitation i Region Syddanmark ved hhv. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted visiterer patienter til hospitalsbaseret neurorehabilitering på hoved- og regionsfunktionsniveau samt højt specialiseret niveau (6).

Praktiserende læge og neurologisk ambulatorie kan henvise direkte til den regionale visitation ved Neurorehabiliteringen Svendborg eller Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Kravene til oplysningerne i henvisningen fra praktiserende læge fremgår af Sundhed.dk.

5.2.2 Hovedfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade på hovedfunktionsniveau fortsætter deres rehabilitering på neurologisk afdeling. Personer med erhvervet hjerneskade på hovedfunktionsniveau har begrænset (let til moderat) kompleksitet. Hovedfunktionsniveauet omfatter rehabilitering og kontrol af hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor indsatserne er af begrænset kompleksitet. Persongruppen har lettere funktionsevnenedsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt kognition. Indlæggelsen er oftest kort.

Ved varetagelse af hjerneskaderehabilitering bør der være adgang til relevante træningsfaciliteter samt mulighed for at afholde tværfaglige konferencer. Der bør desuden være adgang til akutte billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, CT- og MR-scanner), biokemiske og mikrobiologiske undersøgelser, EKG, elektrofysiologiske undersøgelser og tilsyn fra andre relevante lægefaglige specialer.

Personer med behov for rehabilitering på hovedfunktionsniveau færdigrehabiliteres på hjemsygehus. Personer fra optageområdet for Sygehus Lillebælt behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Kolding, eller i eget hjem ved Det Udekørende Team. Personer fra Sygehus Sønderjyllands optageområde

Høringsudkast

behandles på Hjerne- og Nervesygdomme Aabenraa Sygehus. Personer fra Sydvestjysk Sygehus' optageområde færdigrehabiliteres på Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme Grindsted. Personer fra Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus overflyttes til Neurorehabiliteringen Svendborg. Når det drejer sig om patienter med Gullian barré syndrom samt svære ikke-progredierende neurologiske lidelser, behandles personer fra hele regionen på Neurorehabiliteringen Svendborg.

5.2.3 Regionsfunktionsniveau

Personer med erhvervet hjerneskade på regionsfunktionsniveau kommer typisk fra en neurologisk afdeling, neurokirurgisk afdeling eller fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Personer med erhvervet hjerneskade, der behandles på regionsfunktionsniveau har betydelig (moderat/svær) kompleksitet og ofte behov for rehabiliteringsindsatser med høj intensitet. Personer, der indlægges til rehabilitering og behandling på regionsfunktionsniveau, vurderes til at have moderate til svære funktionsevnenedsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi samt kognition. Indlæggelsen er oftest af længere varighed.

Regionsfunktionsniveau er i Region Syddanmark placeret på Neurorehabiliteringen Svendborg, OUH og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted, SVS. Personer med behov for rehabilitering på regionsfunktionsniveau overflyttes fra hjemsygehuset til et af de to sygehuse med regionsfunktionsniveau.

Forløb på regionsfunktionsniveau er individualiserede forløb med høj intensitet alle ugens dage, som varetages i et interdisciplinært team. Foruden anbefalingerne til hovedfunktionsniveau – som på regionsfunktion har karakter af krav - forudsætter varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau deltagelse af neuropsykolog, logopæd og socialrådgiver, hvis det er relevant. Endvidere skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer inden for kort tid.

Som på hovedfunktionsniveau forudsættes regionsfunktionsniveau, at fagpersoner fra alle involverede faggrupper i de interdisciplinære team har specialiserede kompetencer inden for hjerneskaderehabilitering på følgende områder:

- Fysiske funktionsnedsættelser, herunder dysfagi udredning (f.eks. FEES)
- Kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser
- Herunder vurdering og behandling af forstyrrelser i sprog, opmærksomhed, koncentration, hukommelse, indlæring, emotioner og eksekutive funktioner.

Varetagelse af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau forudsætter desuden adgang til rehabiliteringsteknologier og udstyr, hvor det kræver tilstrækkelig volumen at opnå kompetencer og erfaring i anvendelsen.

Høringsudkast

Afdelinger med hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau varetager forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver inden for området samt medvirker i rådgivning og kompetenceudvikling af neurofagligt personale i kommunerne. (4, s. 45)

5.2.4 Højt specialiseret niveau

Personer med erhvervet hjerneskade indlægges til rehabilitering og behandling på højt specialiseret niveau ved behov for rehabilitering og behandling af meget sjældent forekommende sygdomme og tilstande, hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet, og forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, og/eller et betydeligt ressourceforbrug. Personer indlægges til rehabilitering og behandling på højtspecialiseret niveau, når der vurderes at være svære og omfattende funktionsevnenedsættelser ift. bevægelse og færden, kommunikation, dysfagi, adfærd og kognition samt evt. svære respiratoriske problemstillinger. Indlæggelsen er forventelig af lang varighed.

Rehabiliteringsforløb på højt specialiseret niveau er med omfattende kompleksitet, individualiserede og af meget høj intensitet alle ugens dage. Det varetages af et interdisciplinært team med deltagelse af de samme faggrupper som på regionsfunktionsniveau samt (neuro-) pædagog, og med mulighed for umiddelbart at få assistance fra en speciallæge i neurologi/speciallæge med neurorehabiliteringskompetencer. Foruden de anbefalinger og krav, der gælder ved varetagelse af hoved- og regionsfunktionsniveau, forudsætter hjerneskaderehabilitering på højt specialiseret niveau mulighed for rehabilitering i specialindrettede omgivelser, hvor skærmning og kameraovervågning er mulig.

Der er i Region Syddanmark ikke sygehusafdelinger, der leverer højt specialiseret neurorehabilitering, hvorfor personer i Syddanmark med behov for behandling på højt specialiseret niveau, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi, behandles på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Region Midtjylland (RHN). Region Syddanmark og Region Midtjylland har senest i 2021 indgået en samarbejdsaftale om disse patientforløb, der regulerer forhold vedrørende henvisning til højtspecialiseret neurohabilitering på RHN og tilbageflytning.

I de fleste perioder kan RHN modtage personer med erhvervet hjerneskade fra Region Syddanmark inden for syv dage efter henvisningen. Dog kan der være perioder med spidsbelastning, hvor dette ikke kan lade sig gøre. Ved modtagelse af en person, og efter indhentelse af personen eller pårørendes samtykke, sender RHN en plejeforløbsplan til personens hjemkommune samt til visitationen i Region Syddanmark om, at personen er i behandling på RHN.

Personer med erhvervet hjerneskade overflyttes fra RHN til et sygehus i Region Syddanmark eller hjemkommunen, når der ikke længere er behov for højtspecialiseret neurorehabilitering eller når behandlingsmulighederne er udtømt. Region Syddanmark eller hjemkommunen har som udgangspunkt syv dage til at modtage personen, når personen er meldt klar til tilbageflytning.

Høringsudkast

Hjemkommunen, Neurorehabiliteringen Svendborg samt Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager automatisk en orientering vedr. indlæggelsen af en person med erhvervet hjerneskade på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) 1-2 uger efter indlæggelsen. Neurorehabiliteringen Svendborg og Rehabilitering for Hjerne- og Nervesygdomme, Grindsted modtager herefter et statusnotat minimum hver 14. dag fra det enkelte sengeafsnit. Den regionale visitation sikrer, at hjemkommune orienteres, når det er relevant.

Der er løbende dialog mellem sengeafsnittet på højt specialiseret niveau og visitationerne i Region Syddanmark om personens funktionsevne, prognose og potentiale, mhp. fagligt at sikre det rette neurorehabiliteringstilbud for den enkelte patient efter udskrivelsen fra RHN. Hjemkommunen kan kontakte den regionale visitation, ved behov for information om personen med erhvervet hjerneskade. Ca. 14 dage før udskrivelsen fra RHN modtager alle parter automatisk en foreløbig plejeforløbsplan - uanset om personen udskrives til regionalt rehabiliteringsforløb eller til kommunalt regi.
I de tilfælde, hvor personer med erhvervet hjerneskade fra Syddanmark udskrives direkte fra RHN til eget hjem/kommunalt tilbud, er den regionale visitation i Region Syddanmark det koordinerende led, og det aftales mellem RHN og den regionale visitation i Region Syddanmark, hvordan personens hjemkommune inddrages/informeres. Direkte tilbageflytning til hjemkommunen må som udgangspunkt ikke forsinke fristen på syv dage.
Ved en fælles konklusion imellem det højtspecialiserede niveau og den regionale visitation, besluttes hvorvidt personen skal fortsætte rehabiliteringen/genoptræningen på regionalt niveau eller i kommunalt regi.

På baggrund af hjerneskadens kompleksitet og øvrige komplikationer er alle patientforløb forskellige. Hvert forløb vurderes individuelt i forhold til rehabiliteringsbehovet, og hvorvidt personen skal fortsætte sin rehabilitering, beror på en tværfaglig vurdering. I nogle forløb er personen ikke i stand til at indgå i et rehabiliteringsforløb på regionalt niveau i direkte forlængelse af det højtspecialiserede forløb, og her er det vigtig med dialog mellem Regionshospitalet Hammel Neurocenter, den regionale visitationen og hjemkommunen.

5.3 Stabiliseringsfasen – når personen har nået sit bedst mulige funktionsniveau

5.3.1 Patienter, der følges ambulant i sygehusregi efter udskrivelsen

På lægefaglig indikation følges nogle patienter i neurologisk ambulatorie efter et indlæggelsesforløb på hoved- eller regionsfunktionsniveau og/eller højt specialiseret forløb.

Formålet med dette kan være:

- at følge op på behandlingen og rehabiliteringen givet under indlæggelsen
- at færdiggøre en planlagt udredning af funktionsevnen
- at behandle følgetilstande og komorbiditet
- at få udfærdiget en neuropsykologisk undersøgelse inden for et halvt år efter udskrivelse

Det kan være relevant at følge nogle personer med erhvervet hjerneskade i en længere årrække, f.eks. til kontrol af epilepsi og smertebehandling. Desuden vil nogle personer have behov for at kunne blive (gen)henvist af almen praksis til udredning og eventuel rehabilitering i sygehusregi. Der er behov for at denne udredning sker i et interdisciplinært og tværsektorielt samarbejde.

5.3.2 Vurderingsophold

Målgruppen for et vurderingsophold er personer, hvor der er tvivl om rehabiliteringspotentialet, herunder om de kan profitere af intensiv neurorehabilitering under indlæggelse. Vurderingsopholdet er typisk af ca. fem dages varighed og kan forlænges, hvis der er behov og potentiale.
Vurderingsophold er relevant for:

- Personer med erhvervet hjerneskade, der blev vurderet til ikke at kunne indgå aktivt i rehabiliteringen efter den akutte fase, som udskrives til en kommunal aflastningsplads eller rehabiliteringsplads, og som senere er henvist af egen læge eller neurologisk ambulatorie.
- Personer med erhvervet hjerneskade, hvor den regionale visitation er i tvivl om, hvorvidt vedkommende kan indgå i et rehabiliteringsforløb.
- Personer med erhvervet hjerneskade henvist direkte fra de akutte afdelinger, hvor det tværfagligt er vurderet, at der er tvivl om, hvorvidt personen på nuværende tidspunkt kan profitere af et rehabiliteringstilbud.

Visitationen til vurderingsophold foretages af det regionale visitationsudvalg på baggrund af en henvisning fra egen læge eller en læge fra personens stamafdeling. Krav til de oplysninger henvisningen skal indeholde fremgår af sundhed.dk.

5.3.3 Brush-up

Målgruppen for et "Brush-up" forløb er personer med erhvervet hjerneskade, som tidligere har haft et regionalt neurorehabiliteringsforløb, hvor der efterfølgende har været et nyt funktionsevnetab. Brush-up forløb er som udgangspunkt et rehabiliteringsforløb af to ugers varighed med mulighed for forlængelse op til fire ugers varighed. Formålet med Brush-up forløb er, at genvinde tabt funktionsevne, som er afgrænset til et specifikt område. Fokusområderne skal gerne være identificeret i et samarbejde mellem praktiserende læge og kommunen. Et brush-up forløb har således ikke til sigte at foretage en fuldstændig afdækning, vurdering og beskrivelse af samtlige af personens mulige funktionsnedsættelser.

Vurderingen af, hvorvidt personen kan visiteres til et brush-up forløb beror på en tværfaglig vurdering af det regionale visitationsudvalg, på baggrund af en henvisning fra egen læge eller neurologisk ambulatorium.

Høringsudkast

6 Kommunikation og koordinering

Udgangspunktet for al kommunikation og koordinering om patienter/borgere i Region Syddanmark er SAM:BO – Samarbejdsaftale om borger- og patientforløb, som fastlægger regler for kommunikation og samarbejde i forbindelse med alle typer patientforløb SAM:BO - Samarbejde om borger/patientforløb (regionsyddanmark.dk)

6.1 Udvidet koordinering[2]

Hvis en af parterne efterspørger udvidet koordinering planlægges dette hurtigst muligt og under hensyntagen til, hvornår patient og pårørende har mulighed for at deltage. Dagsorden fremgår af plejeforløbsplanen. Ved dialog fastlægges en fælles plan for udskrivelsen, som sygehuset efterfølgende sender til kommunen i en revideret plejeforløbsplan. Som udgangspunkt afholdes udskrivningssamtaler, når personerne har komplekse behov, og ofte i de tilfælde, hvor personen bor alene, har betydelige kognitive følger, hjemmet er uhensigtsmæssigt indrettet eller lignende, hvor der er tvivl om planen for udskrivelsen.

Det kan være relevant at supplere genoptræningsplanen med en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedspersoner på det udskrivende sygehus og de sundhedspersoner, der yder genoptræning og/eller rehabilitering i kommunalt eller regionalt regi. Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau. Sygehusene adviserer kommunerne om specialiseringsniveauet så tidligt i forløbet som muligt.

Senest ved udskrivelsen sender sygehuset en genoptræningsplan til kommunen samt en udskrivningsrapport i tilfælde, hvor det er relevant. Til almen praksis sender sygehuset en epikrise senest den tredje hverdag efter udskrivelsen samt genoptræningsplanen, såfremt personen samtykker. Der kan være behov for dialog og sparring mellem kommunen og neurorehabiliteringsafsnittet efter udskrivelsen i forhold til tilrettelæggelsen af det konkrete forløb for den enkelte.

6.2 Koordination internt i kommunen samt med eksterne leverandører

Kommunerne har det overordnede ansvar for koordinering og tilsyn af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til personer med erhvervet hjerneskade efter udskrivning. Kommunen er forpligtet til at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til personens samlede rehabilitering jf. bekendtgørelsens § 5 (10).

6.2.1 Koordinering internt i kommunen

Personer, der udskrives med en genoptræningsplan, har ofte behov for indsatser på tværs af lovgivningsområder. Det drejer sig om indsatser i henhold til sundhedsloven (SUL), som skal koordineres med indsatser efter anden lovgivning (serviceloven (SEL)), lov om specialundervisning for voksne (LSV) samt lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB). Et vellykket rehabiliteringsforløb forudsætter, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger.
Der er behov for koordinering på flere niveauer:

[2] Udvidet koordinering er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. personens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor

Høringsudkast

- **Myndighedskoordinering:** rettidig sagsbehandling og bevilling på tværs af lovgivningsområder i henhold til personens samlede behov for indsatser
- **Faglig koordinering på udfører niveau:** faglig koordinering mellem faggrupper og indsatser i hverdagen ud fra fælles faglige mål og delmål i samarbejde med personen og pårørende
- **Forløbskoordinering:** koordinering af samlede forløb over tid, herunder koordinering i sektorovergangen ved udskrivning fra sygehus, med løbende revurdering af behov og rette indsats i samarbejde mellem personen, pårørende, myndighed og udfører
- **Koordinering på organisatorisk niveau:** erfaringsopsamling og udvikling af effektive indsatser og organisering på tværs af sektorer og forvaltninger på strategisk ledelsesniveau.

En hjerneskadekoordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion i forhold til at imødekomme behovet for koordinering på flere niveauer. (4, s. 66)

6.2.2 Eksterne leverandører

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der ved personer med behov for rehabilitering på specialiseret niveau er en tæt og kontinuerlig dialog mellem kommunen og eventuelle eksterne leverandører. Dialogen skal sikre en drøftelse af personens funktionsevne samt løbende evaluering af forløbet og personens effekt af indsatsen med henblik på at justere den samlede indsats, hvis det er relevant. Samarbejdet og koordinationen med eksterne leverandører kan understøttes af samarbejdsaftaler, der eksempelvis omhandler aftale om opstart af forløb, krav til kvalitet i indsatser, samarbejdsstrukturer og økonomi. (4, s. 65)

Høringsudkast

7 Brugerinddragelse

7.1 Inddragelse af personen med erhvervet hjerneskade og dennes netværk

Inddragelse er et af grundelementerne ved rehabilitering. Personen med erhvervet hjerneskade er ekspert i sit eget liv og kan og skal tage del i alle beslutninger, hvis det er muligt. Det er væsentligt i hele forløbet at brugerinddragelsen tager afsæt i den enkelte persons aktuelle tilstand med afsæt i, hvilke ressourcer og hvilken indflydelse personen kan byde ind med. Desuden skal der være opmærksomhed på såvel ressourcer som belastninger ved inddragelse af pårørende, professionelle og andre relevante parter. Pårørende er ofte ressourcepersoner for målgruppen, samt en vigtig kilde til viden, som kan bruges til at optimere og målrette indsatserne. At inddrage personen og dennes eventuelle pårørende systematisk i forløbet medvirker til et øget ejerskab og motivation for, at medvirke aktivt i forløbet. Personen og de pårørende er de centrale aktører i forløbene, og det er vigtigt, at de deltager ligeværdigt i processer om eksempelvis udredning af funktionsevne, udarbejdelse af genoptræningsplan, planlægning af forløb og målsætning.

7.1.1 Under indlæggelsen

Personen med erhvervet hjerneskade og dennes pårørende skal inddrages i hele neurorehabiliteringsforløbet fra indlæggelse til udskrivelse f.eks. ved at deltage i modtagelsessamtale, mål- og plansamtaler og udskrivelseskonference. Desuden sker der inddragelse i forbindelse med udredning af funktionsevne, træningsseancer og genoptræningsplanen. Pårørende bliver, efter personen med erhvervet hjerneskades samtykke, løbende inddraget og informeret om sygdommen, forløbet og prognosen. Pårørende kan, på baggrund af den konkrete situation, tilbydes samtale med psykolog, socialrådgiver eller læge ud fra en tværfaglig vurdering. Det tværfaglige personale er uddannet i at anvende samtalestøtte (SCA/KomTil[3]) til personer med afasi, og inddrager ligeledes pårørende i at anvende metoden.

7.1.2 Efter indlæggelse

Personens pårørende og netværk yder ofte en helt afgørende støtte til den ramte undervejs i sygdomsforløbet. Sammen med personen er det vigtigt at få afklaret, hvilke pårørende, der skal involveres, hvornår og i hvilket omfang. Personen med erhvervet hjerneskade skal give samtykke hertil. De pårørende er således også en væsentlig samarbejdspartner og ressource for sundhedspersonalet. Involvering af de pårørende bør ske med øje for, at der er forskel på deres behov for inddragelse og på hvor belastet, de selv er. Generelt kan situationen for de pårørende opleves som udmattende og opslidende, og den ændrede situation har indflydelse på, hvordan familien fungerer i sin helhed.

Pårørendes selvstændige behov

Der kan være behov for særskilte indsatser målrettet de pårørende/netværk, f.eks. psykologsamtaler, viden om kognitive følger m.v.

[3] SCA / Støttet samtale er en metode til at kommunikere med personer med kommunikationsvanskeligheder

Høringsudkast

Både sygehuset og kommunen skal være særlig opmærksom på de forløb, hvor børn har en forælder, der bliver ramt af en hjerneskade, og hvor der er behov for særlig støtte til barnet. Fagpersoner i begge sektorer skal overveje, om den underretningspligt de har jf. servicelovens § 153, skal bringes i anvendelse. Ved tvivl kan familieafdelingen i hjemkommunen kontaktes.

7.2 Inddragelse af brugerorganisationer

Kommunerne kan med fordel inddrage brugerorganisationer, patientforeninger samt det lokale frivillige- og foreningsliv. Det anbefales, at kommunerne jævnligt inviterer til dialog, således at et struktureret samarbejde kombineres med en mere uformel samarbejdsform.

Eksempler på faste aftaler kan være netværksgrupper, åbne cafemøder, aktivitetshold eller temaaftener som arrangeres af brugerorganisationer i et samspil med kommunen. Værdien af samarbejdet med brugerorganisationer kommer særligt til udtryk ved personens tilbagevenden til livet i civilsamfundet.

Høringsudkast

8 Kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling

De syddanske kommuner og Region Syddanmark har et fælles ansvar for at styrke samarbejdet og udvikle kvaliteten af både indsatser og processer omkring personer med erhvervet hjerneskade. Dette gennem kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling af personalet på tværs af sektorerne. Den regionale forskningsforpligtigelse og kommunernes understøttende funktion vil via et styrket samarbejde og fælles kompetenceudvikling skabe bedre vilkår for udbredelse af den nyeste forskningsbaserede viden og rammer for fælles udviklingsprojekter og implementering af viden og fælles aftaler. Kompetenceudvikling skal være med til at styrke kvaliteten af de forskellige indsatser, og skabe en større grad af indsigt i hinandens praksis og hermed øge sammenhængen og samarbejdet på tværs af sektorerne.

Det systematiske samarbejde på tværs af sektorerne skal bl.a. bestå af:

- Initiativer som fælles skolebænk f.eks. følgedage (praktik)
- Fælles kursusvirksomhed på tværs af sektorer og faggrupper inden for regionens grænser
- Fælles udviklingsprojekter med styrket kvalitet som omdrejningspunkt
- Styrket tværsektoriel samskabelse gennem faglige netværk, hvor også den hjerneskadede person, netværket og civilsamfundet skal være i fokus
- Styrket fokus på workshops, webinarer og e-læringsmoduler

Der skal arbejdes sammen med de etablerede uddannelsesinstitutioner – professionsskolerne og SOSU-skolerne om målrettede kompetencemoduler, der kan understøtte nationale og centrale udmeldinger om kvalitets- og kompetencekrav.

Arbejdet med kompetence- og kvalitetsudvikling forankres i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, der påbegynder arbejdet i 2023. Der skal udarbejdes en plan/strategi for det fokuserede tværsektorielle samarbejde om kvalitets- og kompetenceudvikling.

9 Evaluering

Samarbejdsaftalen er godkendt af Strategisk Sundhedsstyregruppe den

Samarbejdsaftalen implementeres i sundhedsklyngerne og evalueres løbende af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Samarbejdsaftalen er forankret i Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering. Tvivlsspørgsmål i relation til aftalen vil blive håndteret af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering.

Høringsudkast

Referencer:

1) *”Tilpasnings- og implementeringsaftale. Forløbsprogrammer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i kommuner og region i Region Syddanmark,* Region Syddanmark”, 2014

2) ”*Aftale om afgrænsning af målgruppe og tilbud for genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau”,* Region Syddanmark*,* 2015

3) ”*Aftale om tidsfrist for opstart af genoptræningsindsatser”*, Region Syddanmark, 2019

4) ”*Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade”,* Sundhedsstyrelsen, 2020

5) ”*Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne”*, Sundhedsstyrelsen, 2020

6) ”*Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade”*, Socialstyrelsen, 2021

7) *”Hvidbog om rehabilitering”,* Rehabiliteringsforum Danmark, 2022

8) *”International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. København”*: Sundhedsstyrelsen/Munksgaard Danmark, 2003.

9) ”*Den Gode Genoptræningsplan (G-GOP)”* , Den Gode Genoptræningsplan (ggop.dk), 2020

10*) ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus”,* Sundhedsministeriet, 2018

11) ”*Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner ,* Sundhedsministeriet, 2018

Høringsudkast

Bilag:

Bilag 1: Inkluderede diagnosegrupper

Når diagnosen præsenteres med en * betyder det, at hele diagnosegruppen medtages inkluderende alle underliggende diagnoser.

Sygdomsgruppe	ICD 10 kode
1. Spontan infarkt i hjernen – iskæmisk apopleksi/stroke	DI61*
2. Spontan intracerebral blødning i hjernen – hæmorhagisk apopleksi/stroke	DI63*
3. Uspecifceret apopleksi – spontan blødning eller infarkt i hjernen	DI64*
4. Subarachnoidalblødning – spontan blødning i hjernehinder	DI60*
5. Diverse (Arteria cerebri dissecans non rupta, moyamoya sygdom, thrombosis venae intracranialis non pyogenica, Arteritis cerebri ikke klassifceret andetsteds, Cerebrovaskulær sygdom, andre spec former, cerebrovaskulær sygdom uden specifkation og karsygdom i hjerne ved sygdom klassificeret andetsteds)	DI670, DI675, DI676*, DI677, DI678*, DI679, DI68*
6. Sequealae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 1-5)	DI691, DI693, DI694, DI698
7. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)	DG45*, DG46*
8. Traumatisk hjerneskade	DS020*, DS021*, DS027*, DS028*, DS029*, DS061, DS062*, DS063*, DS064*, DS065*, DS066, DS067, DSO68*, DS069, DS070, DS071, DS097, DT020, DT040, DT060
9. Encephalopati (difus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)	DB220, DE159*, DE512, DG410, DG929*, DG931, DG938*, DG978*, DI460, DO292*, DO743*, DO754A, DO754B, DO892*, DT58*, DT719*, DT751*
10. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinder)	DA321*, DA390, DA398*, DB003, DB004*, DB451*, DB582*, DG00*, DG01*, DG040*, DG042*, DG048*, DG05*, DG060*, DG07*, DG08*, DG09

Høringsudkast

11. Tumor i hjernen	DC70*, DC71*, DD32*, DD330*, DD332, DD337, DD339,
12. Andre tilstande (eks. Myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati)	DG372, DI674
13. Sequala (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til diagnosegrupperne 8-12)	DG099, DI690, DI720, DI692, DT903, DT905

Høringsudkast

Bilag 2: Krav til genoptræningsplaner jf. vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Stamoplysninger	**Alle genoptræningsplaner:**
	• Oplysninger om sygehus og afdeling • Kontaktoplysninger på bopælsregionen og på hjemkommunen • Personens cpr-nr. og navn, adresse og telefonnummer • Dato for første kontakt og dato og tidspunkt for afslutning af sygehuskontakt • Dato og tidspunkt for udarbejdelse af genoptræningsplanen • Oplysning om hvem har udarbejdet planen • Personens informerede samtykke til det fortsatte genoptræningsforløb og til at der udarbejdes en genoptræningsplan • Hvilke oplysninger, der er givet og hvad personen/pårørende/værge på den baggrund har tilkendegivet

Helbredsforhold inklusiv beskrivelse af behandlingsforløb	**Alle genoptræningsplaner:**
	• Sammenfatning i prosaform inklusiv årsag til kontakt, sygehistorie og nuværende tilstand, aktuel behandling og status ved udskrivning • Aftaler om kontrol og opfølgning • ICD-10 aktionsdiagnose og bidiagnoser • Operationsbeskrivelse hvis der er foretaget kirurgiske indgreb
	Afhængigt af personens problemstilling:
	• Udvidet beskrivelse af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser, som er foretaget på sygehuset
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:
	• Udvidede beskrivelser af udredning og behandling på sygehuset • Resultatet af relevante undersøgelser og funktionsevnevurderinger

Helbredsrelateret funktionsevne	**Alle genoptræningsplaner:**
	• Sammenfatning i prosaform af personens aktuelle, samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Evt. relevante funktionsevne-vurderinger/tests vedlægges
	Afhængigt af personens problemstilling:
	• En detaljeret beskrivelse og sammenfatning af personens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse • Beskrivelse af personens vanlige funktionsevne, i det omfang det er relevant og nødvendigt • Relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser vedlægges
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:

Høringsudkast

	• En detaljeret beskrivelse af personens samlede funktionsevne på udskrivningstidspunkt i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse
Genoptræningsbehov og genoptræningspotentiale	**Alle genoptræningsplaner:**
	• Kort beskrivelse af personens behov for genoptræning og mål for genoptræningsindsatsen • Information om, hvilket specialiseringsniveau genoptræningen skal varetages på • Vurdering af personens potentiale herunder motivation og andre relevante forhold, herunder en sundhedsfaglig vurdering af personens mulighed for bedring/generhvervelse af funktionsevne.
	Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau:
	• Beskrivelse af personens samlede behov for rehabiliteringsindsatser med det mål, at personen opnår fuld eller bedst mulig funktionsevne • Der kan evt. gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats • Genoptræningsplan skal udarbejdes på en relevant specialafdeling minimum på regionsfunktionsniveau dvs. Rehabilitering for Hjerne- og nervesygdomme, Grindsted, Neurorehabiliteringsafsnit Svendborg eller højtspecialiseret niveau Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Høringsudkast