

Oplæg telemedicin KL IT-råd

15/3 2017

Agenda

Kravspecifikation af telemedicinsk løsning, hvor Peter Lundkvist fra Esbjerg Kommune (konsulent for) vil føre os sikkert gennem fra 11-15

Oplæg og drøftelse af kravspecifikationsgruppens arbejde, som forankret i den nationale porteføljestyregruppe for udbredelse af telemedicin

- ambitionsniveau
- bruger rejser
- use cases
- visualisering af kravspecifikationens “periodiske system” for telemedicin
 - tilvalg/fravalg, fleksibilitet omkring kravkategorier og enkeltkrav
- kravspecifikation eksempler

Eksempel:

- Hvordan kan man omsætte kravspecifikationen til praksis
- hvordan sikrer man fleksibilitet/åbenhed i den indkøbte løsning

Udarbejdet materiale

- **Brugerrejser**
 - Materiale til virksomheder og organisationer som giver en overordnet ide om hvad systemerne alt i alt skal kunne
- **Use Cases**
 - En række konkrete use cases der skal opfyldes af leverandørerne
- **Periodisk system for telemedicin**
 - Visualisering af kravkategorier og logiske komponenter
- **Kravspecifikation**
 - De konkrete funktionelle krav til udbuddet

Overordnet status

Vi har haft fokus på at finde fælles løsninger og skabe enighed ud fra en fleksibel teknisk kravspecifikation

Vi har prøvet at beskrive en række anskaffelsesscenarier, hvor fokus er på at etablere de størst mulige samarbejder - færrest mulige udbud

Vi har udarbejdet et oplæg til det videre arbejde

Dette er en delaflevering, så der er spørgsmål og kommentarer der stadig udestår

Brugerrejser

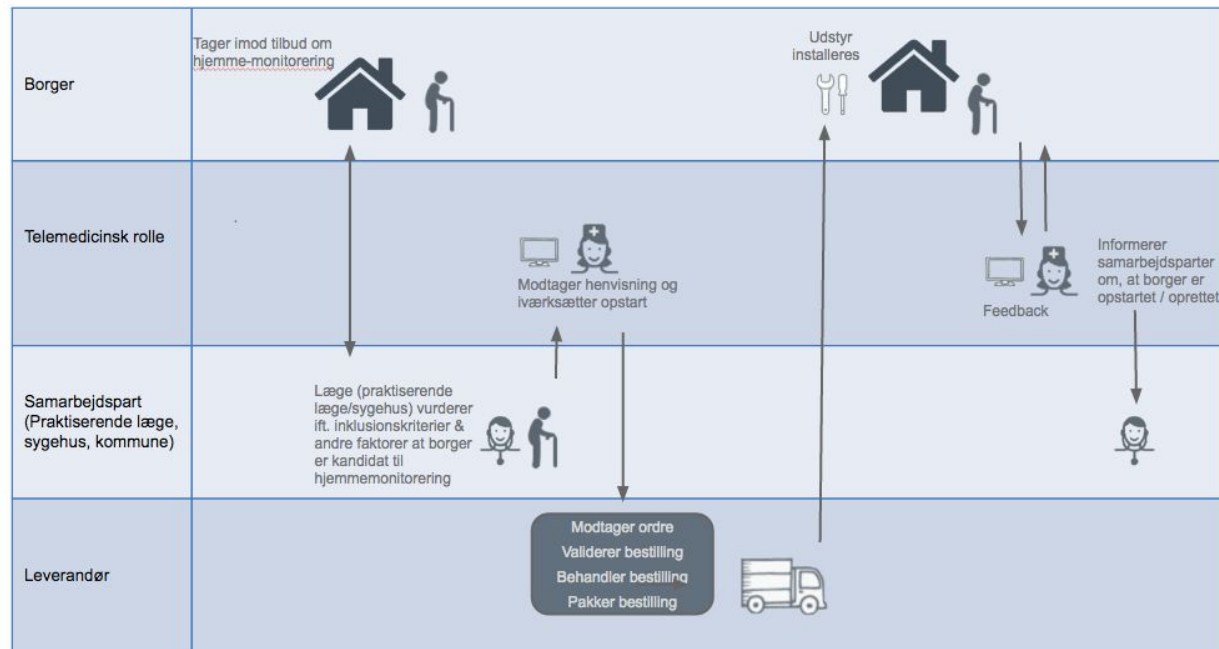


Illustration
Dialog
Grundforståelse

Status: tæt på færdig

Use Cases

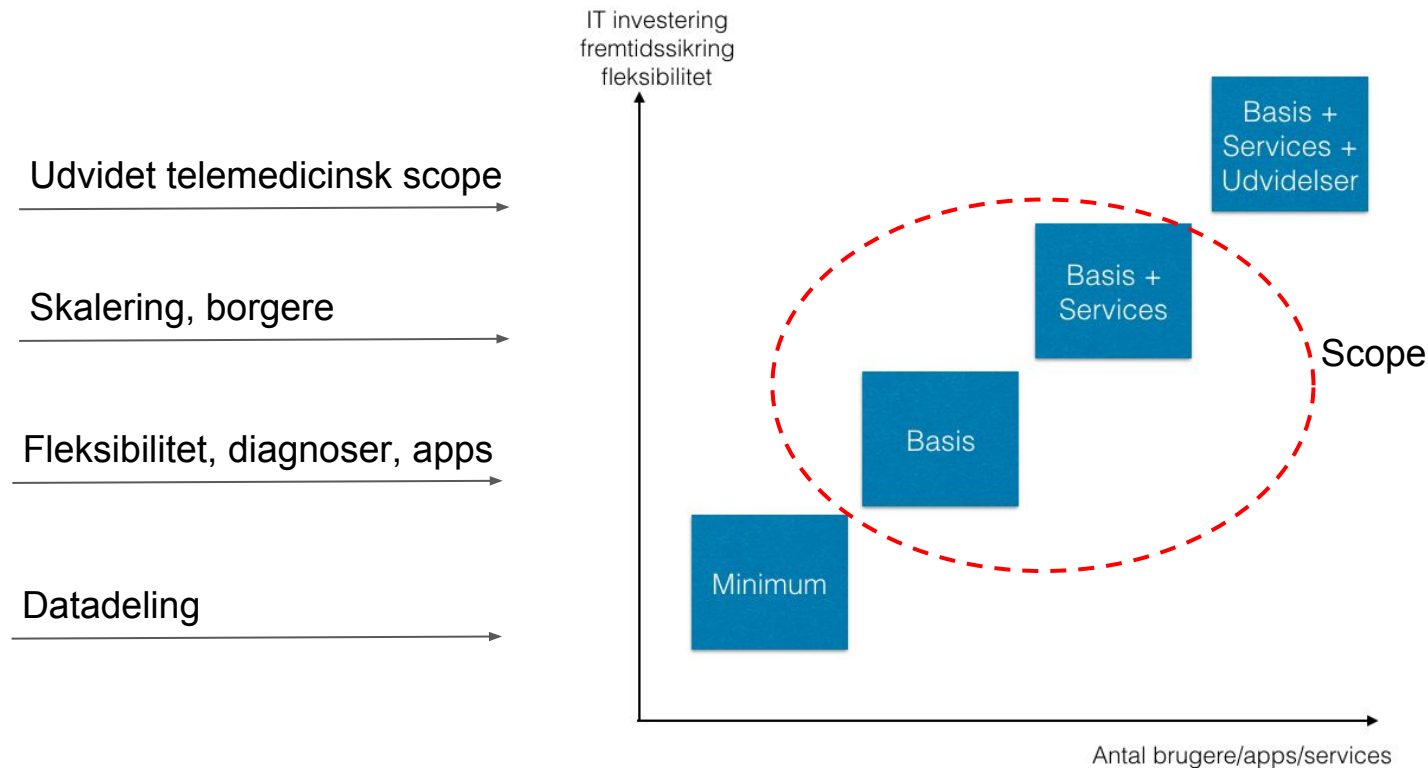
Oprette og administrere en telemedicinsk medarbejder

Usecase x	Navn på Usecase: Oprette og administrere en telemedicinsk medarbejder
Kontekst	Oprettelse og administration af telemedicinsk medarbejder foregår hos den aktør som har ansvaret for at oprette og administrere de telemedicinske medarbejdere. Opgaven kan være placeret forskellig fra landdel til landsdel, og kan indenfor den samme landsdel varetages af flere samtidige aktører.
Integrationer	AD i brugerens linjeorganisation (<i>Findes der en fødereret løsning vi kan vi bruge</i>)
Frekvens	Flere gange om ugen
Aktører	Den aktør der har ansvaret for at oprette og administrere telemedicinske medarbejdere. Kan være en automatisk aktør
Forudsætninger	At den telemedicinske medarbejder er tilknyttet en af de organisationer der indgår i tilbuddet og at der findes rolle- og rettighedsstyring
Udløses af	At aktør modtager henvendelse
Slutbetingelser	Succes: Der oprettes en telemedicinsk medarbejder med de nødvendige roller og rettigheder således at den telemedicinsk medarbejder er klar til at påbegynde sin opgave
Nr.	Normalforløb
1	Aktør modtages en henvendelse om brugeroprettelse
2	Aktør opretter en telemedicinsk medarbejder med stamdata og korrekt rettighedsniveau / rolle
3	Telemedicinsk medarbejder modtager advisering om oprettelsen
Nr.	Varianter
1	Aktør ændrer rolle / rettigheder for en allerede oprettet telemedicinsk medarbejder
2	Aktør nedlægger brugeren for telemedicinsk medarbejder
Noter	

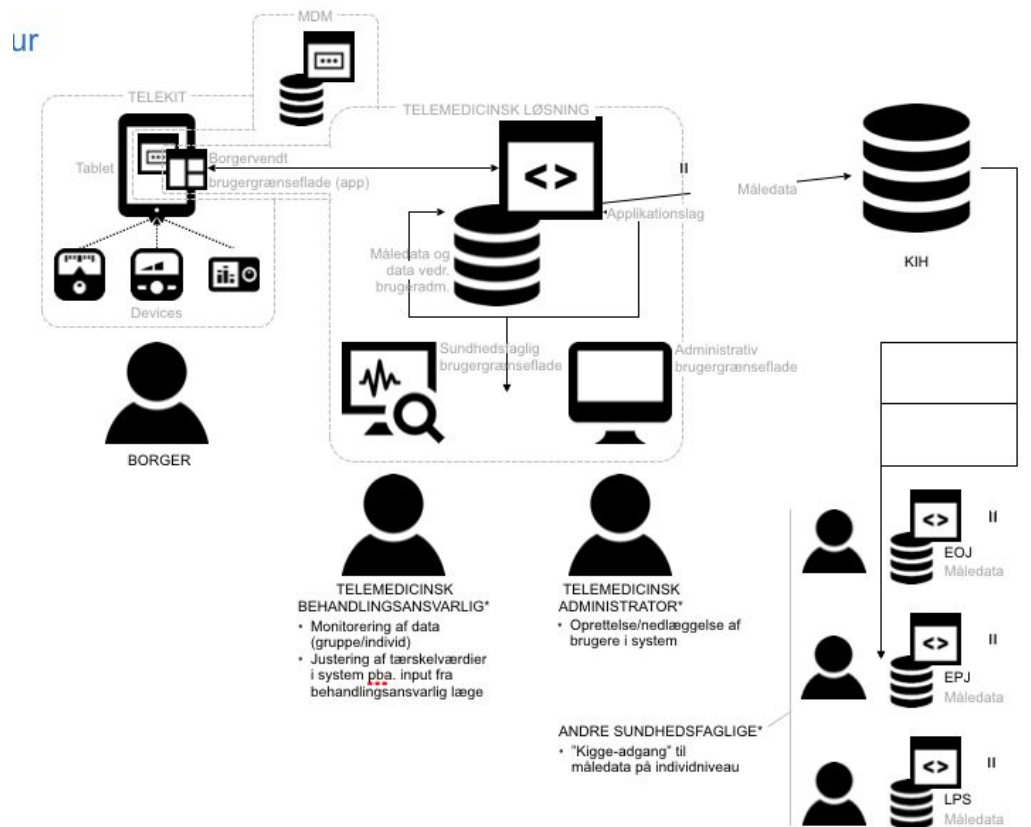
Kontekst
Sammenhæng
Behov

Status: mangler formodentlig
stadig enkelte, kvalitetssikring

Kravspecifikation: Ambitionsniveau og scope



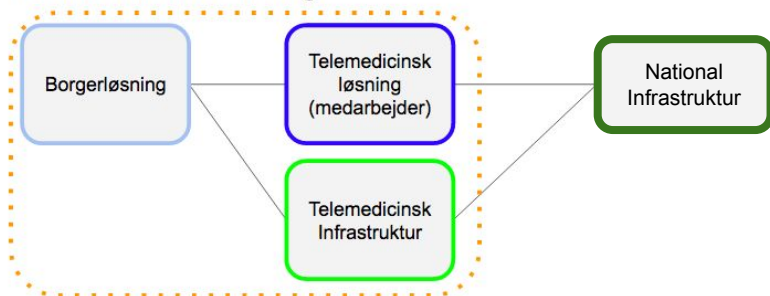
PA tegning fra service/logistik rapport



* Roller, der i praksis kan være sammenfaldende afhængig af organisering.

De 4 ambitionsniveauer i større detalje 1/2

Minimumsløsning

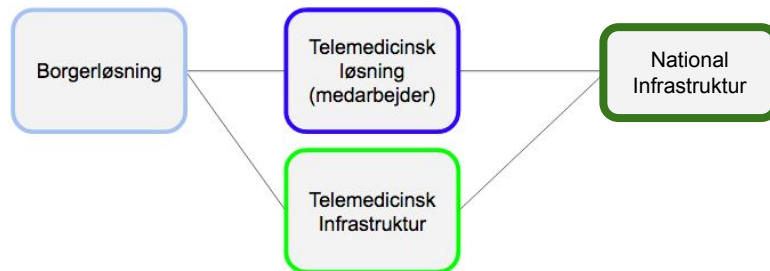


Udbud for dem der vil have denne model

Eneste krav er integration til DDS/KIH, så data kan deles. Alt andet er indeholdt i en samlet telemedicinløsning.

Datadeling

Basisløsning



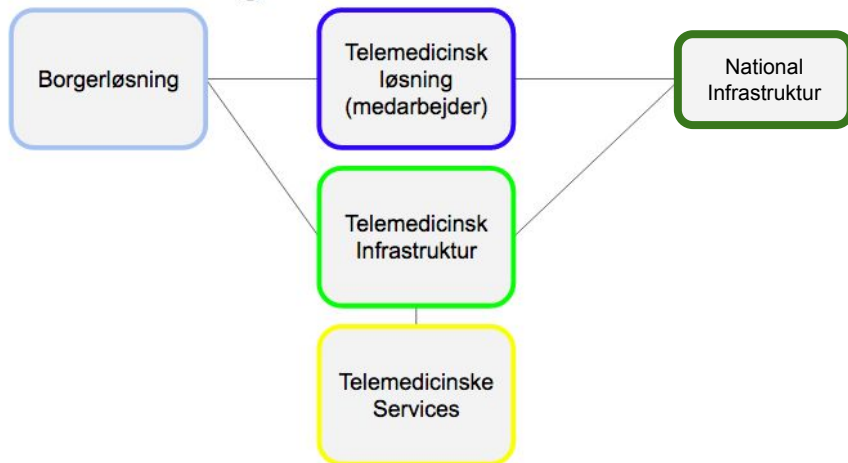
Udbud for dem der vil have denne model

De vælger så de logiske komponenter de har brug for og kan så anvende de tilhørende funktionelle krav. Man behøver ikke tage alle logiske komponenter i en kategori

Fleksibilitet

De 4 ambitionsniveauer i større detalje 2/2

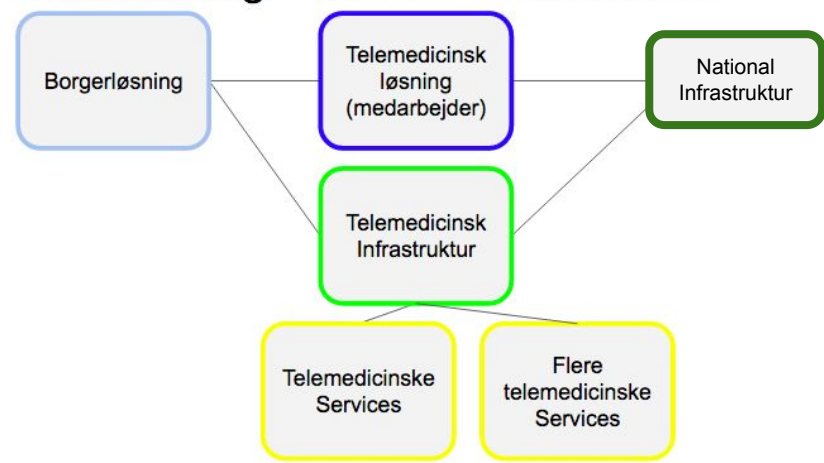
Basisløsning + service



De vælger så de logiske komponenter de har brug for og kan så anvende de tilhørende funktionelle krav.
Man behøver ikke tage alle logiske komponenter i en kategori

Skalering

Basisløsning + service + udvidelser



De vælger så de logiske komponenter de har brug for og kan så anvende de tilhørende funktionelle krav.
Man behøver ikke tage alle logiske komponenter i en kategori

Udvidet telemedicinsk scope

Periodisk system for telemedicin i DK

Borger løsning	Telemedicinsk løsning (medarbejd.)	telemedicinsk infrastruktur	Telemedicinske Services	Borger kommunikation (Option)	Tværsketeorielt samarbejde (Option)	National Infrastruktur	Udv. telemedicinsk løsning (Option)
O A01 Bdiag Diagnoseundersøttelse							
O A02 Notifikation Advarselsfunktion							
O A03 Bbeslut Borger beslutningsstøtte			M D01 Vedligehold Vedligehold hos borger				O H01 personlig plan indiv. retter indsats
M A04 Bunderv Borger undervisning	O B01 Levstat Leverance status	M C01 COP Central opsamlingspunkt	M D02 logistik Logistik				O H02 coaching indiv. oplægning
M A05 app Applikation	O B02 notify Advarselsfunktion	O C02 økosystem Økosystem	M D03 lager Lagerstyring				O H03 monitor Monitoring
M A06 Bvis Borger Visualisering	O B03 Mbeslut Medarbejder beslutningsstøtte	M C03 dint Data Integrationer	M D04 kørsel Kørsels planlægning				O H04 ksup Klinisk support
M A07 LOP Lokalt Opsaml.	M B04 brugeradm Brugeradmin	M C04 sint Service Integrationer	M D05 Msup Medarbejd. support		O F01 stat Anvendelses statistik		O H05 Bdata Borgerne egne data
O A08 device Devices	O B05 gvær Gætnesværdier	O C05 Bstam Borger stamkort	M D06 Bsup Borger support		O F02 KPI KPI målinger (kontakt issue)	O G01 Bkal Borger kalender	O H06 uvideo Video baseret undervisning
O A09 indtast Indtast måling	M B06 Mvis Medarbejd. Visualisering	M C06 track Track & trace (data)	M D07 lev Leverance aftale	O E01 videokonf Video	O F03 gdb Gætnesværdi DB	M G02 KIH KIH DB	O H07 træn Træning
O A10 devint Device integration	O B07 Bstatus Borger status	M C07 konfig Konfigurations styring	M D08 øko Øfregning	O E02 chat Ikke-SF Chat	O F04 devilst Positiv liste for devices	M G03 DDS Dok. del. service	O H08 gtræn Genoptræning
O A11 spgskema Spørgeskemaer	O B08 flow Kliniske søvngange	M C08 behaftale Behandlings-aftale	M D09 Mund Medarbejd. undervisning	O E03 sbesked Sikker besked	O F05 behplan Beh. plan	M G04 nsam Nærværelse	O H09 uryg Ryggeslap
O A12 økosystem Økosystem	O B09 måleregime Måleregime	M C09 fejl datafejl	M D10 SLA Leverance SLA	O E04 fora Borger fora	O F06 skemaer Dette skemaer	M G05 minlog Minlog	O H10 motion Motion

← kategorier

Illustration

Dialog

Fleksibilitet

Status: følger selve
kravspecifikationen

← logiske komponenter
Vi blander os IKKE i
hvordan det er lavet i
virkeligheden
(næsten)

Tekniske krav der skal overholdes mm.

M CC01 SSL SSL/HTTPS	M CC02 DGWS DGWS xx	M CC03 SAML SAML 2.0	M CC04 Blogin Borger login	O CC05 Mlogin Medarb. login	M CC06 Isam Lokale samtykker	M CC07	
M CC08 CE CE mærkning	M CC09 cert Certificering	O CC10 perform Performance test	O CC11 brug Brugervenlig	M CC12 use cases use cases	M CC22 Roadmap roadmap	M CC13 audit Audit logging	M CC14 Persdata Persondata forordning
M CC15 drift ISO27001	M CC16 dmon Drifts- monitorering	O CC17 ITservices IT service udstilling	O CC18 OSS Open Source	M CC19 dstatus Drifts status	M CC20 remote Remote support & vedligehold	M CC21	

Illustration
Dialog
Fleksibilitet

Status: følger selve
kravspecifikationen,
ikke fokus på detaljer
endnu

Kravspecifikationen

- Funktionelle krav
- Formålet er at man vælger de krav man vil have med i sit udbud og kan samle sin kravspec ud fra vores bruttoliste - ud fra det periodiske system for telemedicin
- Omkring 90% af relevante krav er med
- Ikke konsistent
 - krav kan overlappe
 - krav kan være med flere steder
 - QA generelt
- Tekniske detaljer er udskudt

Kravspecifikation eksempel fra arbejdsversionen

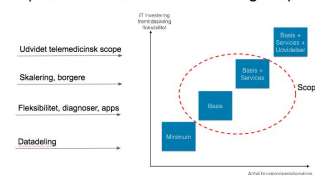
A07a	MK	Borgerløsning	LOP, Lokalt Opsamlingspunkt	Tilbudsgiver skal sikre og indestå for, at der etableres et lokalt opsamlingspunkt (LOP), der sørger for indsamling af relevante data hos borger samt afsendelse af disse data til det centrale opsamlingspunkt (COP). Et LOP skal kunne identificeres entydigt, således at det kan knyttes entydigt til en borger. Et LOP skal understøtte, at datas kvalitet medsendes sammen med data, herunder opsamlingsmetode, device type o.lign. LOP skal være CE-mærket og skal kunne modtage besked om fejlmålinger/transmissionsfejl, således at der kan rekvireres en ny måling.
------	----	---------------	-----------------------------	---

A07b	EK	Borgerløsning	LOP, Lokalt Opsamlingspunkt	Et LOP kan eventuelt med fordel deles af flere borgere. Et LOP vil med fordel gøre brug af en række relevante standarder. Et LOP med en høj driftsstabilitet vil være af stor vigtighed. Tilbudsgiver bedes beskrive, hvordan et LOP kan deles af flere borgere og herunder gøre rede for eventuelle fordele og ulemper ved forskellige scenarier. Tilbudsgiver bedes endvidere gøre rede for og begrunde, hvilke standarder løsningen vil gøre brug af og herunder også begrunde, hvorfor anvendelse af standarder eventuelt fravælges. Tilbudsgiver bedes endelig gøre rede for, hvordan en høj driftsstabilitet vil blive opnået. Det vil i Ordregivers tilbudsevaluering vægte positivt med en grundig beskrivelse af, hvordan et LOP kan deles af flere borgere. Det vil endvidere vægte positivt med en grundig og velargumenteret gennemgang af valg og fravalg af standarder i løsningen og endelig vil det vægte positivt med en grundig beskrivelse af driftsstabilitetsproblematikken, som sandsynliggør en høj driftsstabilitet.
------	----	---------------	-----------------------------	---

Hvordan kan man omsætte kravspecifikationen til praksis

- vælg ambitionsniveau
 - har eller får i mange borgere, apps eller services?
 - er det vigtigt at det er fleksibelt i forhold til nye diagnoser?
 - hvordan skal jeres medarbejdere arbejde?
 - hvad skal borgerne kunne?
- tilvælg/fravælg kravkategorier
 - f.eks. “medarbejderne arbejder i EOJ”
 - man skal selv sikre at det så fungerer med “de andre”
- tilvælg/fravælg enkeltkrav
 - f.eks. “vores borgere skal altid taste data ind selv”
 - det kan få konsekvenser ud over det enkelte krav
- Uanset ambitionsniveau kan I bruge kravspecifikationen
- Uanset om I vælger at sætte strøm til de telemedicinske services (den gule kolonne) eller ej, kan I bruge kravspecifikationen

Kravspecifikation: Ambitionsniveau og scope



Periodisk system for telemedicin i DK



slut på kravspecifikationsgruppens materiale

Governance (efter et udbud)

- Vigtigt for at I får indflydelse
 - “brugerklub”
 - OS2 o.lign.
 - Nationalt setup?
 - Det kommer an på hvordan det bliver anskaffet (landsdel/nationalt/alternative konstellationer)
- Vigtigt at sikre at I har lokal fleksibilitet (hvis ikke I har nok indflydelse på governance)

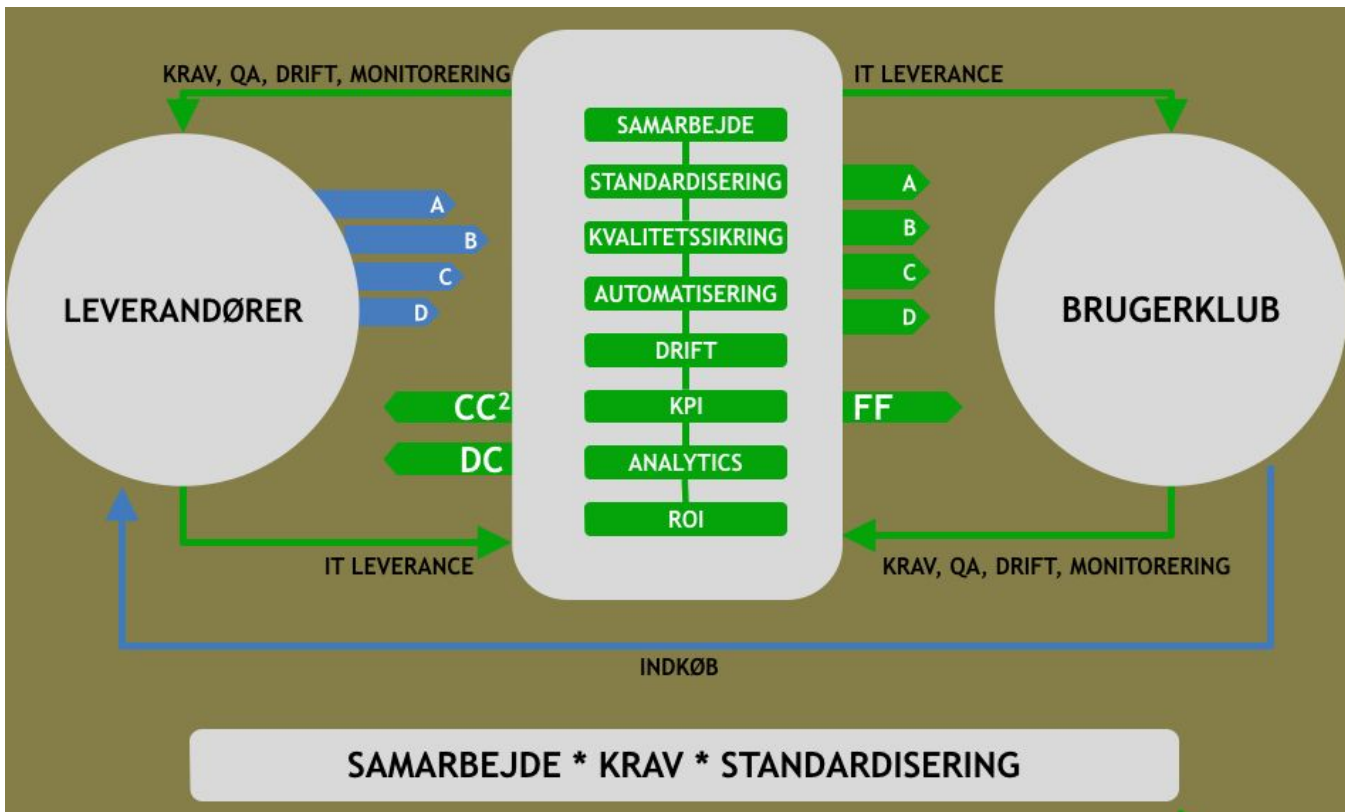
hvordan sikrer man fleksibilitet/åbenhed i den indkøbte løsning 1/3

- Standardisering
 - vi kan koble andre ting på "let"
 - ulempe: markedet i dag er ikke standardiseret
- Certificering (Medcom)
 - standardisering i praksis!
- Forberedt til forandring
 - nye devices
 - nye integrationer
 - nye dataflows
 - "Leverandøren bedes gøre rede for...."
- 4S (OpenTele) har nogle forslag i en ny rapport der er på vej....
 - "Leverandøren bedes gøre rede for...."

hvordan sikrer man fleksibilitet/åbenhed i den indkøbte løsning 2/3

- Økosystem(er)
 - flere apparater
 - flere apps
 - nye services
- Eksempel for nye apps og services fra 3. parts leverandører
 - en “appstore” til godkendte løsninger og komponenter
 - en række krav til leverandørerne til denne “appstore”
 - en kvalitetssikringsproces
 - et skalerbart driftsmiljø
 - en governance struktur
 - kører “oven på” det indkøbte system
 - afkobler nye innovative løsninger fra leverandøren af kernesystemet

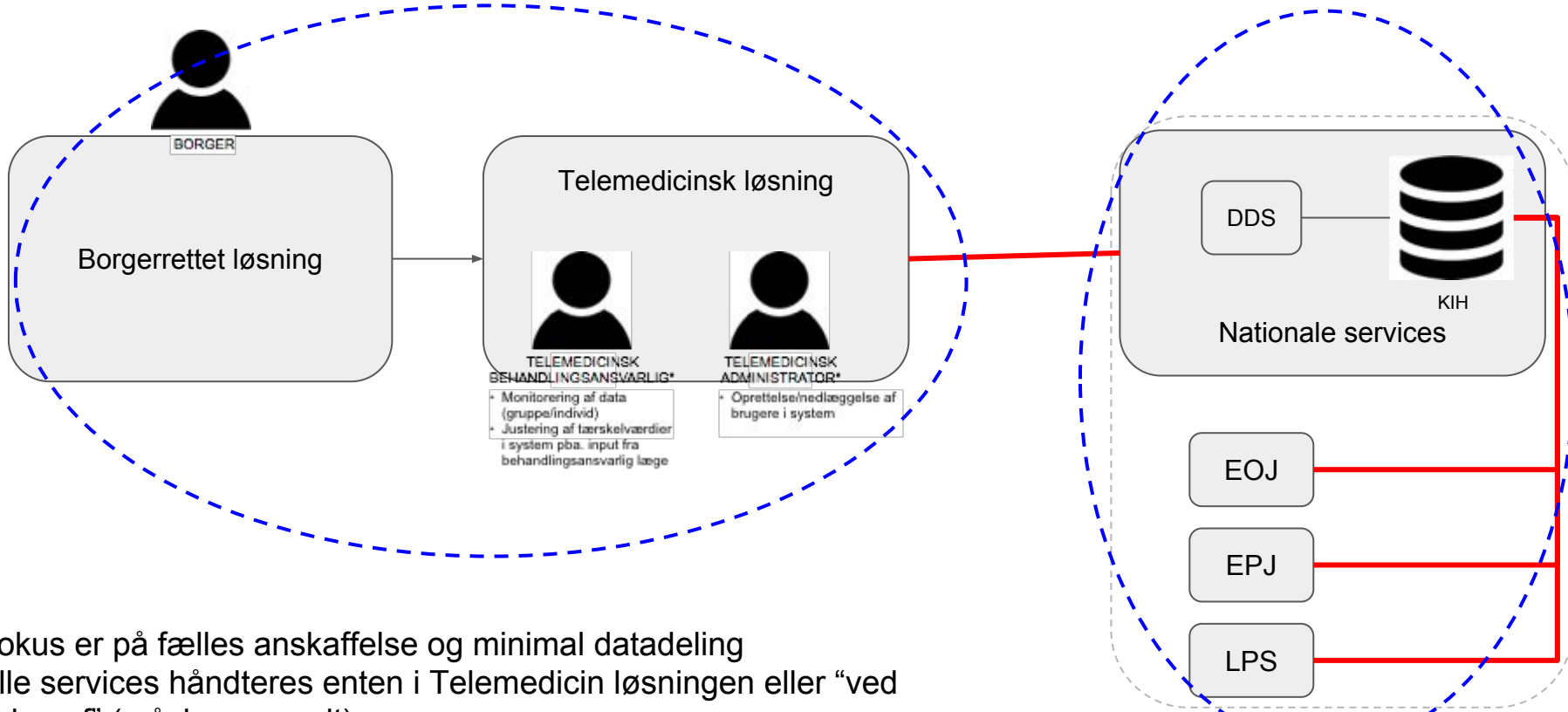
hvordan sikrer man fleksibilitet/åbenhed i den indkøbte løsning 3/3



backup slides

Minimumsløsning, datadeling (uden for scope) rød=standardiseret og skal overholdes

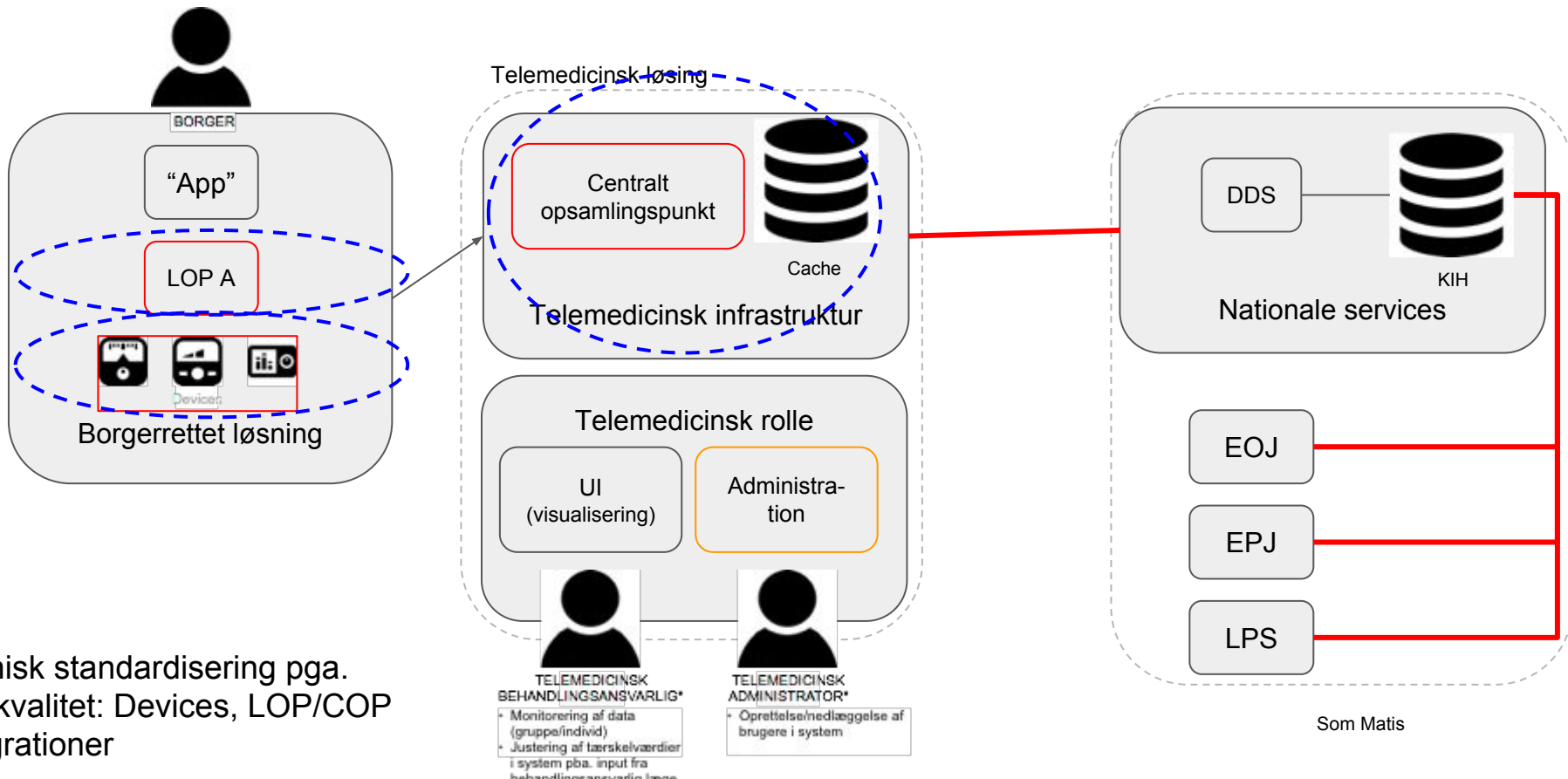
Eksisterende løsninger/leverandører



Fokus er på fælles anskaffelse og minimal datadeling
Alle services håndteres enten i Telemedicin løsningen eller “ved siden af” (måske manuelt).

Basisløsning, fleksibilitet - teknisk standardisering

rød=standardiseret og skal overholdes

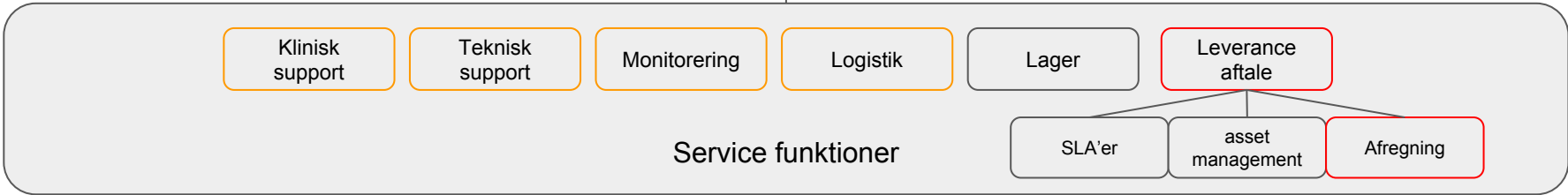
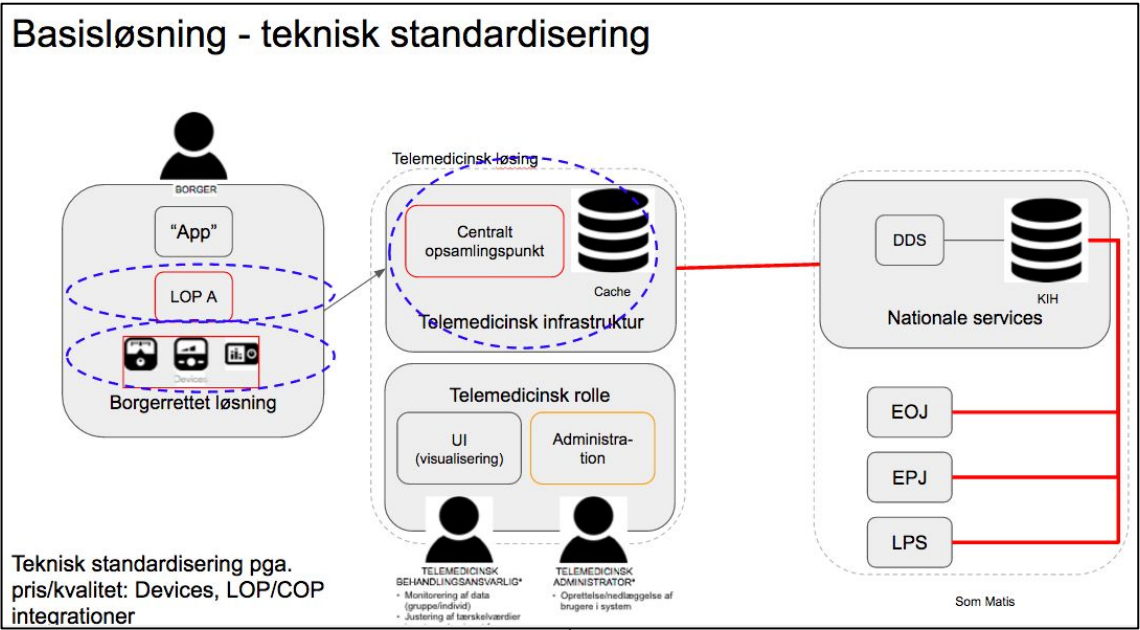


Teknisk standardisering pga. pris/kvalitet: Devices, LOP/COP integrationer

Basisløsning plus servicefunktioner, forretningsmæssig skalering

SKAL

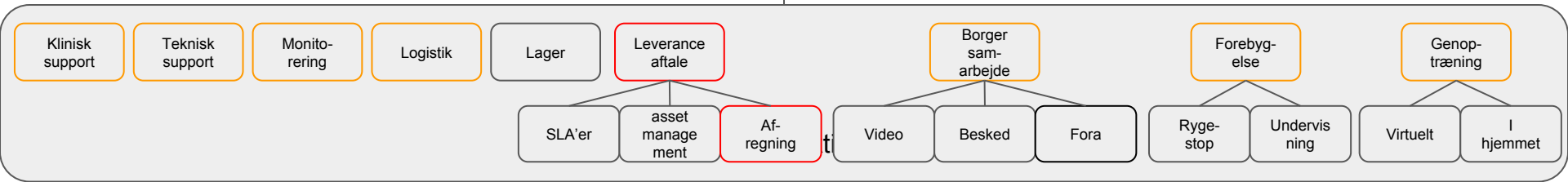
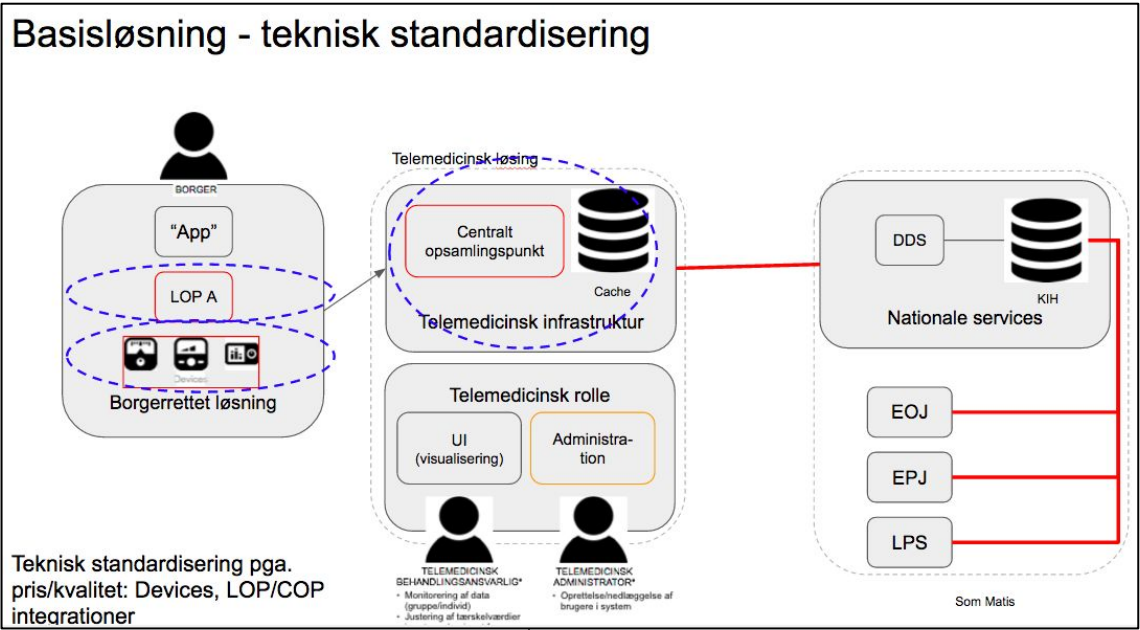
KAN



Basisløsning plus servicefunktioner, udvidet telemedicinsk scope (uden for scope)

SKAL

KAN



Kommunernes behandling af KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner

Marts 2017

Kommune	Hvordan er KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner blevet behandlet i kommunen?	Er der kommet noget specifikt ud af behandlingen af de sundhedspolitiske visioner, som I vil dele med de øvrige kommuner?
Sønderborg	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er i Sønderborg Kommune blevet behandlet Politisk Der er udarbejdet en procesplan for arbejdet med KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner, procesplanen er godkendt i sundhedsudvalget den 11. oktober 2016. Socialudvalget og seniorudvalget er orienteret om arbejdet med visionerne. Visionerne drøftes i forhold til "Det nære sundhedsvæsen i Sønderborg" på et temamøde i april 2017 i sundhedsudvalget. Administrativt Visionerne er drøftet i kommunens styregruppe for sundhedsaftalen 2015-2018.	Drøftelserne omkring visionerne har ført til en udarbejdelse af en procesplan for arbejdet med visionerne. Der afholdes en temadrøftelse på politisk niveau, temadrøftelsen skal være med til at sætte retningen for implementeringen af visionerne i kommunens sundhedspolitik og understøtte kommunens sundhedsudvalg i det politiske arbejde med den nye sundhedsaftale 2019-22.
Esbjerg	Det er blevet drøftet både i det politiske udvalg og på direktionsmødet. Og der er enighed omkring og opbakning til KKR visionen.	
Fanø	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er første gang blevet behandlet i Social og sundhedsudvalget oktober 2016. Efterfølgende er visionerne blevet inddraget i formuleringen af Fanø Kommunes nye Velfærdspolitik & Velfærdsstrategi, der forventes godkendt i Byrådet i foråret 2017.	Er i proces

	Visionerne har haft betydning for valg af fokusområder, der udgør forvaltningens prioriterede områder i de kommende år, heraf bl.a.: • Sundhed for alle • Kvalitet i arbejdet med udsatte børn og unge • Kvalitet i arbejdet med udsatte voksne (mental sundhed) • Borgere i risiko for eller med kronisk sygdom Hvert fokusområde afspejler KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner, og udmøntes i en konkret handleplan således, at fagpersoner ved hvordan de i praksis kommer i mål.	
Assens	Visionspapiret er drøftet administrativt, og der er i januar givet en politisk orientering til Børne- og Uddannelsesudvalget og Social- og Sundhedsudvalget.	Det er forelagt politikerne, at de opstillede mål er MEGET ambitiøse – ”nogle ville måske sige UREALISTISKE”, som der direkte står i visionspapiret. Der vil derfor i det kommende halve år skulle arbejdes med at vurdere, hvordan man lokalt i Assens Kommune konkret kan prioritere indsatserne frem mod 2025 i forhold til de MEGET ambitiøse mål. Desuden ser vi i Assens Kommune en udfordring ifht, at målene ikke er formuleret ”entydigt”. Der mangler ”... reduceret i forhold til niveauet i et givent år (Er det 2016 eller et andet udgangsrår ?). Der kunne med fordel udarbejdes en fælles ”base-line”, der angiver, hvad udgangsniveauet er på de pågældende områder – både samlet og i de enkelte kommuner. Nogle af målene vil ligeledes være svære at dokumentere fremdrift mod, da der i dag ikke eksisterer registreringer.

Aabenraa	Den 16. november 2016 blev KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner behandlet på en temadrøftelse på Social- og Sundhedsudvalget.	De sundhedspolitiske visioner bliver rammesættende i de kommende år for Aabenraa Kommunes sundhedsplan, der godkendes for 2 år af gangen. Der sættes fokus på de udvalgte målgrupper samt fokus på effekt. Via sundhedsplanen kommer KKR's sundhedspolitiske visioner dermed til at styrke fokus på forebyggelse og fokus på mindre ulighed i sundhed.
Fredericia	Sundhedsudvalget vil fremadrettet medtage visionspapiret i deres arbejde.	Nej
Haderslev	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er i efteråret 2016 dagsordenssat på politisk møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse, hvor man drøftede visionerne. Visionspapiret er desuden drøftet på Centralt Leder Forum (Tværgående lederforum på chefniveau) og det er her aftalt, at forvaltningen på sundhedsområdet herefter har taget initiativet med henblik på sammenkobling af vision med øvrige tiltag i kommunen.	Sammenkoblingen af visionen med øvrige tiltag i kommunen er efterfølgende afdækket via ledergrupper på tværs af organisationen. Resultatet er udarbejdelsen af en oversigt, hvor eksisterende indsatser på de tre prioriterede indsatsområder er koblet med Haderslev Kommunes Sundhedspolitik 2015-2018 og temaerne i disse. På denne måde er det blevet skitseret, hvor vi i kommunen er godt på vej ifht. at målrette indsatser med såvel kommunens sundhedspolitik og visionen – og det bliver tydeligt, hvor der med fordel kan skabes tættere samarbejde/ øget fokus.
Svendborg	Social – og Sundhedsudvalget i Svendborg Kommune har drøftet hvordan visionerne forankres lokalt. Eksempler på områder hvor KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner kan forankres lokalt i Svendborg: • De sundhedspolitiske visioner kan være et fælles afsæt når kommunen skal bidrage ind i udarbejdelsen af den kommende sundhedsaftale.	Kommunen arbejder løbende med udviklingen af overstående områder. Vi anvender Hvordan har du det? – undersøgelsen til at belyse de områder hvor der er behov for ekstra fokus for at opnå målsætningerne i de sundhedspolitiske visioner. Derudover arbejder vi på at styrke den systematiske indsamling af sundhedsdata på børn og unge området for ligeledes at kunne anvende data til at belyse fokusområder.

	• De sundhedspolitiske visioner kan understøtte målsætninger i relation til Sundhedshusets arbejde med kronisk sygdom og forebyggelse af livsstilssygdomme. • De sundhedspolitiske visioner kan understøtte samarbejde og fælles målsætning på tværs af kommunens direktørområder i relation til udmøntningen af Svendborg Kommunes sundhedspolitik.	
Langeland	KKR's vision er drøftet og vil blive inddraget i Sundhedsudvalgets videre arbejde med tilrettelæggelsen af sundhedsydelser. Der er særlig fokus på udvikling af tværfaglighed og sikring af sammenhæng for borgere med komplekse sundhedsproblemer, herunder dobbeltdiagnosticerede. Det bemærkes, at målene er meget ambitiøse, og der stilles spørgsmål ved, om det kan nås inden for de eksisterende økonomiske rammer.	
Middelfart	På et fælles udvalgsmøde mellem de fire relevante udvalg.	Der er skabt en tværgående bevidsthed og et fælles fokus på borger- og patientrettet forebyggelse. Det handler bl.a. om at tænke sundhed bredere – sikre skoleveje/bedre cykelstier, tilskud til frivillige idrætsforeninger som også har fokus på sundhed eller måske endda sundhed og livskvalitet som fag i skolen. Forvaltningen arbejder videre med konkrete forslag til efterfølgende politiske beslutninger.
Odense	Odense Kommune har behandlet visionen politisk i vores Sundhedsudvalg og håndteret den administrativt i vores tværgående lederforum på sundhedsområdet.	Det kunne meget vel blive aktuelt på et senere tidspunkt men ikke for nuværende.

Tønder	Den er blevet udvalgsbehandlet i 4 fagudvalg (Sundhedsudvalget, Socialudvalget, børn og skole udvalget og arbejdsmarkedsudvalget) Alle udvalg har drøftet den og taget den med i deres videre sundhedsprioriteringer. Herudover er den med som en ledetråd i et fælles politiske møde i februar omkring sundhedsprioriteringer på tværs i kommunen.	Den opleves meget ambitiøs. Men vi har brugt den til tydeligt at sætte mere fokus på psykiatri, børnesundhed og ulighed i sundhed. Det gør de nye nationale mål på sundhedsområdet nemlig ikke så meget ud af. Sammen med dem bliver det en "overlægger" for, hvad vi skal prioritere i de kommende år i kommunerne. Vi har især fået meget ud af den meget tværgående politiske drøftelse af visionen.
Vejen	KKR's sundhedspolitiske visioner har været behandlet på et udvalgsmøde i udvalget for sundhed, kultur og fritid på et temamøde i november 2016. Alle sundhedsafdelingens indsatser/nye projekter er blevet vurderet op i mod KKR's visioner for sundhedsområdet. Herudover har KKR's sundhedspolitiske visioner har været behandlet på et fællesmøde imellem to udvalg i januar 2017.	Udvalgene er enige om, at KKR's sundhedspolitiske visioner er et godt redskab i samarbejde med regionen og de praktiserende læger til den nye sundhedsaftale, som skal udarbejdes. Herudover vil der også ske en lokal forankring i, at nye projekter og indsatser vil blive vurderet i forhold til, hvordan disse bidrager til indfrielsen af KKR's forventninger og visioner for sundhedsområdet.
Vejle	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er blevet behandlet på møde i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 31. oktober 2016. Udvalget bakker op om visionerne og har besluttet at implementere dem via bl.a. kommunens kommende sundhedspolitik.	
Nyborg	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er blevet behandlet på møde i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget i Nyborg Kommune den 5. oktober 2016.	Nej

Ærø	De sundhedspolitiske visioner er politisk behandlet i Kultur- og Socialudvalget i november 2016. Visionerne skal forankres i kommunens sundhedspolitik, som står overfor en revidering i 2017, samt i de øvrige politikker, der kan have snitflade til visionerne, eksempelvis handicap politikken og børne- unge politikken.	Nej
Varde	KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner er endnu ikke blevet politisk behandlet. Men er dagsordenssat til mødet i Social og Sundhedsudvalget i marts måned, hvor der skal være en større temadrøftelse omkring sundhed. Temadrøftelsen skal 1) sætte fokus på det strategiske arbejde med Sundhedsaftalen og KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner og 2) implementeringen af Varde Kommunes sundhedspolitik, herunder implementeringen af forebyggelsespakkerne. Forvaltningen har indtil nu kun arbejdet med de sundhedspolitiske visioner på et administrativt niveau. Efter drøftelsen i Social og Sundhedsudvalget vil Forvaltningen, ud fra de tilbagemeldinger der kommer fra Udvalget, begynde at arbejde mere målrettet med visionerne. Forvaltningen vil se på hvordan der kan arbejdes med visionerne sideløbende med den nuværende sundhedspolitik, og fremadrettet hvordan visionerne kan blive en del af en ny sundhedspolitik	



Årsrapport 2016

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat understøtter Sundhedsstrategisk Forums arbejde, herunder formulering af fælleskommunale holdninger på sundhedsområdet og fælleskommunale interesser i det tværsektorielle sundhedssamarbejde

En grundlæggende opgave for Fælleskommunalt Sundhedssekretariat er at sikre kommunikation og vidensdeling mellem kommunerne. På den baggrund arbejder Sekretariatet med at understøtte medlemskommunernes interessevaretagelse og indflydelse.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har i 2016 udarbejdet 150 sagsfremstillinger. Her ud over kommer et mindre antal skrivelser og notater vedrørende tværkommunale og tværsektorielle sager. Sagsfremstillingerne er indeholdt i ca. 30 dagsordener, som Sekretariatet alene eller i samarbejde med andre har udarbejdet. Sekretariatet har deltaget i mere end 200 større og mindre møder i løbet af 2016.

Sekretariatet har løbende kontakt ud til medarbejdere – direktører, fagchefer, stabs- og fagmedarbejdere - hos de 22 medlemskommuner. Endvidere udvikles og vedligeholdes et bredt samarbejdsnetværk til afdelinger og medarbejdere i Regionen og øvrige samarbejdspartnere (eksempelvis KL, Fælleskommunalt Socialsekretariat og de fælleskommunale sundhedssekretariater i andre dele af Danmark). Sekretariatets to medarbejdere har i den forbindelse i 2016 afsendt ca. 6000 mails og talt i telefon i ca. 400 timer.



Sundhedsstrategisk Forum

Det er Sekretariatets hovedopgave at betjene Sundhedsstrategisk Forum og hermed de 22 medlemskommuner. Hver kommune er repræsenteret i Forummet ved øverst ansvarlige for sundhedsområdet i den pågældende kommune. Der afholdes 5 årlige møder. Forummet har besluttet at fungere med et formandskab til at forestå den løbende ledelse og drivkræft. Formandskabet er valgt for fire år af gangen og består af 5 kommuner. Siden 2014 har Formandskabet bestået af direktørerne fra Aabenraa (formand), Esbjerg, Vejen, Odense og Middelfart kommuner. Formandskabet sekretariatsbetjenes ligeledes af Fælleskommunalt Sundhedssekretariat. Der afholdes 5-7 årlige møder i Formandskabet.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste tværsektorielle embedsmandsorgan og består af repræsentanter fra Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner samt repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation i Syddanmark. Sundhedsstrategisk Forum har besluttet, at de kommunerne repræsenteres i Det Administrative Kontaktforum ved Formandskabskommunerne. Mødeforberedelse og beslutninger i Det Administrative Kontaktforum er derfor et naturligt omdrejningspunkt for mange af Sekretariatets opgaver. Det Administrative Kontaktforum afholder årligt 5 møder.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sekretariatet assisterer det syddanske KKR-sekretariat med at betjene de 5 kommunale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark. Sundhedskoordinationsudvalget er det politiske tværsektorielle udvalg på sundhedsområdet og står dermed over Det Administrative kontaktforum. Udvalget består af kommunale og regionale politikere (3 medlemmer) samt repræsentanter for alment praktiserende læger (2 medlemmer). De fem kommunale medlemmer er udpeget gennem KKR Syddanmark og kommer i valgperioden fra Esbjerg (kommunal medformand), Middelfart, Nyborg, Odense og Aabenraa.



Praksisplanudvalget

Sekretariatet deltager i møderne i Praksisplanudvalget. Udvalget består af kommunale og regionale politikere samt repræsentanter for almen praksis. Praksisplanudvalgets opgave er at udmønte de dele af sundhedsaftalen, som vedrører almen praksis. Udvalget er nedsat på baggrund af lovgivning. Der er i årets løb blevet indgået en rammeaftale for fasttilknyttede plejehjemslæger. Endvidere har der været ført intensive forhandlinger her over sommeren 2016, som dog ikke har fundet en løsning i en aftale. Yderligere forhandlinger afventer overenskomstforhandlingerne med almen praksis, som foregår i 2017.

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Sekretariatet betjener de 2 kommunale medlemmer af Samarbejdsudvalget for fysioterapi. Udvalget består her ud over af 2 regionale politiske medlemmer og 4 repræsentanter for de privatpraktiserende fysioterapeuter i Syddanmark. Udvalget er en del af det paritetiske system, som er de sundhedsområder, hvor der er indgået overenskomster (privatretlig aftaler) mellem det offentlige og de privatpraktiserende sundhedsfaggrupper. De kommunale medlemmer sidder således sammen med de regionale medlemmer over for fysioterapeuterne. Der er kommunalt udpegede medlemmer af udvalget, da kommunerne efter kommunalreformen i 2007 finansierer den vederlagsfri fysioterapi og den vederlagsfri ridefysioterapi.

SAGER MED SÆRLIGT FOKUS I 2016

Understøttet arbejdet med udviklingen af forslag til KKR Syddanmarks Sundhedspolitiske Visioner.

Det fælleskommunale Sundhedssekretariat har understøttet arbejdet med at udvikle forslag til sundhedspolitiske visioner for KKR Syddanmark.

Bistået i planlægningen og afviklingen af Sundhedskoordinationsudvalgets politiske midtvejsmøder på Sundhedsaftalen.

Sekretariatet har hjulpet med planlægning og afviklingen af de politiske midtvejsmøder, som Sundhedskoordinationsudvalget holdt med politikere og embedsmand fra Region Syddanmark og de syddanske kommuner. Middelfart, Svendborg, Kolding og Aabenraa kommuner lagde lokaler til.



Deltaget i sekretariatsbetjeningen af Sammen om Velfærd

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har i årets løb – sammen med Fælleskommunalt Socialsekretariat, Sekretariatet for KKR Syddanmark og HR-afdelingen i Region Syddanmark deltaget i sekretariatsbetjeningen af det fælles kompetenceudviklingsprojekt *Sammen om Velfærd* -

www.sammenomvelfaerd.nu . Sammen om velfærd er et partnerskab mellem Regionen, kommunerne og uddannelsesinstitutionerne i Syddanmark med fokus på fælles kompetenceudvikling af nuværende og kommende medarbejdere på tværs af sektorerne. Projektet er det første af sin slags i Danmark.

Etableret en ny udgave af hjemmesiden for Sundhedsstrategisk Forum og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Sekretariatet har i løbet af 2016 arbejdet med en ny udgave af hjemmesiden for Sundhedsstrategisk Forum og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat. Det er visionen med hjemmesiden, at den skal indgå i kommunikationen med medarbejderne i medlemskommunerne og understøtte kommunikationen omkring, at det nære sundhedsvæsen i stigende grad er et kommunalt driftsområde. Offentligheden, politikere, samarbejdspartnere og kommunernes medarbejdere skal kunne se den betydning, som sundhedsområdet har i den enkelte kommune.

ØKONOMI

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat er oprettet på baggrund af beslutning i KKR Syddanmark i juni 2008. Sekretariatet påbegyndte sit virke 1. marts 2009. Sekretariatet er bemandet af to medarbejdere og er for nuværende – sammen med Fælleskommunalt Socialsekretariat og Sekretariatet for KKR Syddanmark – placeret på Vejen Rådhus hos borgmester Egon Fræhr, formand for KKR Syddanmark.

Sekretariatet har i 2016 været bemandet af Jesper Madsen-Østerbye og Christina Ryborg.

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat finansieres af kommunerne ud fra en fordelingsnøgle baseret på indbyggertal (opgjort 1. januar i budgetåret). Betalingen udgjorde i 2016 ca. 1,21 kr. pr. borger. Budgettet for 2016 var på ca. 1,46 mio. kr. Regnskabet viser et forbrug på ca. 1,325 mio. kr., hvorved



der var et mindreforbrug på ca. 135.000 kr. Det overskydende beløb er blevet overført til 2017.

651058 Fælleskommunalt Sundhedssekretariat**Regnskab 2016**

		Budget 2016	Samlet resultat 2016	
Løn		1.204.153	1.005.499	
Efteruddannelse		44.401	13.375	
Tjenestekørsel		44.401	19.676	
Personaleudgifter i alt		1.292.955	1.038.550	
Møder, rejser og repræsentation		0	47.579	
Kontorhold		5.237	82.755	
Aktiviteter		107.707	50.023	
Konsulent bistand		0	7.150	
Materiale og aktivitetsudgifter i alt		112.944	187.507	
Udgifter til IT		5.000	49.869	
Inventar		0	0	
Kapacitetsudgifter i alt		5.000	49.869	
Husleje		50.000	50.000	
Grunde og Bygninger i alt		50.000	50.000	
Udgifter i alt		1.460.899	1.325.926	
Overførsel fra 2015			-545.296	
Kommunebetaling		-1.460.899	-1.460.899	1
Indtægter i alt		-1.460.899	-2.006.195	
Opsamlet resultat		0	-680.269	

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Budgetter og regnskaber fra 2016 til og med forslag til budget for 2018

Tekst	Budget 2016	Regnskab 2016	Budget 2017	Budget- forslag 2018
Løn	1.204.153	1.005.499	1.258.457	1.288.660
Tjenestekørsel	44.401	19.676	46.240	47.350
Efteruddannelse	44.401	13.375	46.240	47.350
Personaleudgifter i alt	1.292.955	1.038.550	1.350.937	1.383.359
Møder, rejser og repræsentation ***		47.579		
Kontorhold	5.237	82.755	5.417	5.547
Fælleskommunal mødevirksomhed	107.707		112.168	114.860
Pulje til Fælleskommunal medfinansiering			100.000	102.400
Aktiviteter		50.023		
Konsulent bistand		7.150		
Materiale og aktivitetsudgifter i alt	112.944	187.507	217.585	222.807
Udgifter til IT	5.000	49.869	5.000	5.120
Drift af hjemmeside			28.500	29.184
Abonnement edagsorden/First Agenda			42.600	43.622
Inventar				
Kapacitetsudgifter i alt	5.000	49.869	76.100	77.926
Husleje - driftsudgifter	50.000	50.000	50.000	51.200
Grunde og Bygninger i alt	50.000	50.000	50.000	51.200
Udgifter i alt	1.460.899	1.325.926	1.694.622	1.735.293
Overførsel af sidste års resultat		-545.296		
Kommunebetaling	-1.460.899	-1.460.899	-1.446.290	-1.735.293
Indtægter i alt	-1.460.899	-2.006.195	-1.446.290	-1.735.293
Kommunebetaling pr. indbygger i kr.*	1,2149		1,2027	1,4256

Det forventede merforbrug i 2017 finansieres af mindreforbruget i 2016.

Noter:

*** Kommunebetaling pr. borger i budget 2018 er baseret på befolkningstal 1. kvartal 2017.**

Forslag til budget 2018 bliver efter godkendelse PL-fremskrevet med KL's fremskrivningsprocent.

PL-regulering 2017-2018:

Der er anvendt den gennemsnitlige fremskrivningsprocent fra 2017 til 2018 på 2,4 pct.,
jf. budgetvejledningen G1-1 af 24. februar 2017

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har set på mulighederne for videreudvikling af SAM:BO. Arbejdsgruppen har foreslået, at der i første omgang sættes fokus på arbejdsmarkedsområdet. Der er udarbejdet en tids- og procesplan, som blev behandlet i DAK den 15-06-16. DAK besluttede, at der i stedet skal startes med socialpsykiatrien frem for arbejdsmarkedsområdet, da det forventes at være mindre komplekst. Der vil derfor blive igangsat et arbejde med en ny tids- og procesplan med fokus på socialpsykiatrien.	04-04-17: Endeligt materiale sendes til Følgegruppen for behandling og pleje til godkendelse.	22-06-17: Oplæg til behandling i DAK		OBS. Arbejdet er afhængigt af arbejdet med reviderede SAM:BO-forløb. Derfor kan der forekomme forskydninger i tidsplanen.
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27-01-17 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.	Status på arbejdet indhentes via den tværsektorielle FMK arbejdsgruppe halvårligt i april og okt.			
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29-01-16 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK. Der afholdes FMK-netværksmøde den 29-03-17.	Der indhentes halvårlig status i april og okt. 04-04-17: Status. (evt. maj møde)			
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen. Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK og trådte i kraft 01-06-16.	Der indhentes årlig status (maj).			
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19-03-15, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarderne for indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt 01-12-15, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper. 21-08-2017: Status på følgegruppemøde.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet et oplæg til revision af SAM:BO forløbene. Forløbene har været i høring fra 15-02-16 til 29-03-16. Der er nedsat en gruppe, der behandler høringssvarene, og som aktuelt har udarbejdet et endeligt oplæg til godkendelse i DAK.		30-03-17: Oplæg til godkendelse i DAK. DAK træffer beslutning om tidsplan for implementering.	Forløbene forventes implementeret i 2. eller 3. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012-15 er udmøntet, og KORA har offentliggjort en evaluering af handlingsplanens indsatsområder. På møde 23-11-16 behandlede DAK ny national handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. På møde 30-03-17 skal DAK kommentere forslag til regionale udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer målrettet kommuner og praksis. Følgegruppens opgave er at udarbejde et ramme- og retningspapir på koordineringen mellem indsatsområderne 2 og 5. Der lægges op til, at et ramme- og retningspapir behandles på Følgegruppens møde 21-08-17 med henblik på behandling på møde i DAK 22-09-17. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.	21-08-17: Følgegruppen for behandling og Pleje drøfter Koordinering vedr. kommunale akutfunktioner og regionale udgående funktioner og specialistrådgivning i henhold til Handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-19. Forventeligt herefter årlig status.	30-03-17: DAK skal kommentere forslag til regionale udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer målrettet kommuner og praksis. 22-09-17: DAK skal behandle et ramme- og retningspapir på koordineringen mellem indsatsområderne 2 og 5.		
Audit/evaluering af SAM:BO	Fokus er pt. på revision af SAM:BO forløbene. Opgaven med audit/evaluering er derfor sat på standby pga. juridiske aspekter. I juli 2017 forventes en lovændring af Sundhedsloven, som vil åbne op for muligheden for audit/evaluering af SAM:BO fremadrettet.	21-08-17: Revurdering af sagen jf. lovændring.			
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, men hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget.	21-08-17: Løbende afrapportering til følgegruppen helårligt (aug.).			
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalinger til organisering, herunder rolle og ansvarsfordeling, skal ligeledes indgå i arbejdet. Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018.	Løbende afrapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - ad hoc. 04-04-17: Orientering om indhold i ny Demens Handlingsplan samt indledende overvejelser om proces.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvorfor indvandrere er underrepræsenterede på demensenhederne.	04-04-17: Undersøgelsen forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.			
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Forløbet er afprøvet i 2016 for sygeplejersker, og er aktuelt under evaluering. Som en del af evalueringen vurderes det, om målgruppen skal udvides til også at omfatte terapeuter mv.	04-04-17: Evaluering på afvikling af kurset forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.			
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Det Administrative Kontaktforum besluttede den 25-09-13, at der som optakt til arbejdet med sundhedsaftalerne 2015-2018 skulle udarbejdes en fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug. Aftalens formål er at styrke samarbejdet og sikre bedre kvalitet, koordination og sammenhæng i forløb for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse.	04-04-17: Status på arbejdet. Årlig afrapportering til Følgegruppen (april.)			Den implementeres frem mod 2018 sammen med Sundhedsstyrelsens koordinerende indsatsplaner. Der er en arbejdsgruppe, der følger op på tværs af region og 22 kommuner. På PSOF niveau har der været nedsat 6 lokale implementeringsgrupper.
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange.	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes. Arbejdsgruppen mødtes første gang 08-02-17.	11-05-17: Revideret vejledning forelægges Følgegruppen for behandling og pleje til godkendelse.	22-06-17: Revideret vejledning forelægges til godkendelse i DAK.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der skal tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.	12-10-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges DAK.		Udpegning til arbejdsgruppen foregår i 2. kvartal 2017.
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr.	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16, og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16.	Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.)		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der nedsættes en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17	12-10-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges DAK.		Udpegning til arbejdsgruppen foregår i 2. kvartal 2017.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Følgegruppen godkendte på mødet 18-08-16 et kommissorium for arbejdsgruppen, der skal revidere samarbejdsaftalen. Revisionen af aftalen skal ske med udgangspunkt i den gennemgang af aftalen, der er forelagt følgegruppen 06-06-16.	04-04-17: Godkendelse af revideret samarbejdsaftale for det psykiatriske område i følgegruppen.	22-06-17: Godkendelse af aftalen i DAK.		
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der planlægges aktuelt en temadag, som der er lagt op til i aftalen.	04-04-2017: Status på arbejdet med implementering af aftalen. Der afrapporteres helårligt (april) på arbejdet.			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne.	Der afrapporteres helårligt (nov.) på arbejdet.			
Aftale om sårbare gravide	I Sundhedsaftalen 2015-2018 står der beskrevet under afsnittet om aftaler om specifikke målgrupper (afsnit 8.1), at der med inddragelse af socialfaglige kompetencer skal indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. DAK har godkendt kommissorium for arbejdet på møde 21-09-16. Første møde i arbejdsgruppen blev afholdt 06-03-17.	11-05-17: Der forelægges en status på arbejdet/udkast til aftale for Følgegruppen for behandling og pleje.	22-06-17: Godkendelse af endelig aftale i DAK.		
Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Aftalen skal redigeres. Kommissoriet for dette arbejde er under udarbejdelse. DAK har på møde 27-01-17 godkendt, at arbejdet igangsættes.	12-10-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Revideret samarbejdsaftale forelægges DAK.		Udpegning til arbejdsgruppen foregår i 2. kvartal 2017.
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft 11-05-16.	Der indhentes årlig status (august).			Alle kommuner i Region Syddanmark kan modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. senest pr. 01-11-16. Arbejdsgruppen er nedlagt med udgangen af 2016.
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevet kvalitet. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

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

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen
Blå = Afventer igangsættelse

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



Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)	Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.	KOL - Se næste ko- lonne Diabetes - Medio decem- ber: Samar- bejdsaftale ind- gås med ViBIS - D. 31/1 2017: Første work- shop - D. 17/3 2017: Anden work- shop	KOL - D. 28/2 2017: SKU godkendte forløbs- program, implemente- ringsplan og kommu- nikationspakke. Diabetes Det forventes at DAK kan præsenteres for en høringsversion til forløbsprogrammet for mennesker med diabetes d. 22/9 2017, og at DAK og SKU kan behandle det endelige forløbsprogram primo 2018.	KOL Forløbsprogrammet for mennesker med KOL er klar til implementering efter SKU's godkendelse primo 2017. Arbejdsgruppen har forberedt en informations-pakke til SOF'erne m.fl., som kan anvendes i forbindelse med implementering og lokal behandling af forløbsprogrammet. Diabetes Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo 2018	KOL Der afventes en nærmere afklaring vedr. monitorering. Monitorering behandles som selvstændigt punkt på DAK d. 30/3 2017.

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofilundersøgelsen	Spørgeskemaet er udsendt planmæssigt til 57.000 borgere i Region Syddanmark. Skemaet består af 52 nationale spørgsmål og 36 regionale spørgsmål, heraf 14 nye spørgsmål om fx selvværd, angst og depression, medicinforbrug, alternativ behandling og sociale medier. Der er fokus på koordinering med de øvrige regioner, Sundhedsstyrelsen og SIF, samt kommunikation.	3.maj 2017: undersøgelsen lukkes.		Ej relevant	Primo 2018 Resultaterne offentliggøres i marts/april.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Arbejdsgruppen arbejder på et revideret oplæg til monitorering. Monitoreringsopgaven indgår som en del af den samlede monitorering af Sundhedsaftalen, som drøftes i DAK d. 30/3 2017.	Ej relevant	30. marts 2017: DAK præsenteres for oplæg til overordnet monitoreringsstrategi, der også skal dække monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark".	2. kvartal 2017 og frem: Nye monitoreringstiltag forventes igangsat	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen. Feb.-marts 2017: Fire decentrale leder-orienteringsmøder afholdes. Møderne er målrettet kursisternes nærmeste leder og skal understøtte den lokale implementering af de sundhedspædagogiske værktøjer. Feb. 2017: Fem yderligere kursushold er klar til at blive afholdt i foråret 2017			P-SOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er ind-arbejdet i en midtvejsrapport af 23. sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016. Evaluering af 2. runde kursusforløb forventes at ligge klar ultimo oktober 2017.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.		30. marts 2017 Materialet genbehandles i Det Administrative Kontaktforum.	1. kvartal 2017 Materialet forventes at kunne udsendes til (P)SOFerne efter godkendelse i Det Administrative Kontaktforum	
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	DAK godkendte d. 23. nov. 2016, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som undersøger mulighederne for en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Følgegruppen har udarbejdet og godkendt kommissorium og tidsplan, og Fælleskommunalt Sundhedssekretariat nedsætter en arbejdsgruppe på baggrund heraf, med deadline d 6. marts 2017.	Notat til Følgegruppen for Forebyggelse foreligger i august 2017	22. september 2017: Notat præsenteres for DAK	Ej relevant	

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Dette kvalificeres yderligere efter strategisk drøftelse af kompetenceudvikling og videndeling i DAK d. 30/3 2017.	Ej relevant	30. marts 2017. Strategisk drøftelse af kompetenceudvikling og videndeling behandles i DAK. Juni 2017: rammeaftale behandles på DAK	3. kvartal 2017 Aftalen forventes klar til implementering.	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.
Udarbejdelse af kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppen for Forebyggelse har igangsat arbejdet med kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet.	Forår 2017: Kommissoriet afprøves i kommunerne. Sommer 2017: Følgegruppe for Forebyggelse mødes med arbejdsgruppen Sommer 2018: Høringsudkast klar	22/6 2017: Behandles på DAK. 15/8 2017: Behandles på SKU	Forventes at kunne implementeres i 2019	

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. febr 2017. Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling. Afdækningen giver anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med 1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (sundhedsaftalen pkt 6.1.6.)

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd. Denne er gennemført i efteråret 2016 og godkendt i DAK 27/1 2017 og SKU 28/2 2017
Aftale om Regionens rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet for arbejdsgruppen.			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Tværasektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet, jf. den strategiske drøftelse af monitorering, der skal foregå på DAK d 30/3 2017.	Ej relevant	Primo 2018: Første status på implementering til DAK.	Primo 2017: Rammeaftalen formidles til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår. Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når de to sidstnævnte aftaler foreligger.

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i arbejdsgruppen. Der må forventes opsamling fra følgegruppen

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



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt	Udarbejdelse af hjælpemateriale er i gang og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 2016		Materialet forelægges på DAK-mødet den 23. november 2016.	December 2016.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet forelægges for DAK 30. marts 2017. Monitorering af implementeringsgrad forventes at kunne forelægges DAK sidste halvdel af 2018.	Andet kvartal 2017.	
Evalueringsramme mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, er igangsat i september 2016		Evalueringsramme forelægges for DAK 30. marts 2017. Endelige resultater fra kortlægningen forventes, at kunne forelægges DAK den 22. september 2017.		
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering	Oprindelige tanker om	Afsluttende rapportering	Afsluttende rapportering		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-plattform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger. I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondan- cededdelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet	fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af marts 2017	forventes at være klar til forelæggelse for DAK den 22. juni 2017.		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Arbejdsgruppen gennemfører tracerforløb primo 2017. Indsatsen forventes at afsluttes med en konference primo 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.		Det forventes, at et opsamlings- og implementeringsnotat kan forelægges Det Administrative Kontaktforum medio 2018.		
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i foråret 2017.	Opfølgning i forhold til samarbejdsaftalen forventes forelagt for følgegruppen møde den 9. maj 2017.	Opfølgning forventes at være klar til forelæggelse for DAK 22. juni 2017.		

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer



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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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

Bilag: Tidsplan for arbejdet med opgaver i regi af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Opgaver	Trin 1 + 2 behandles i DAK	Samarbejdsaftale behandles i DAK	Samarbejdsaftale behandles i SKU	Arbejdsgruppe	Arbejdsgruppens mødekalender	
- Perifert venekateter - Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	22/6 (deadline 23/5)	22/9 (deadline 25/8)	31/10	Eksisterende arbejdsgruppe	1M 2M	Primo april Medio maj
- Sondeernæring - Parenteral ernæring	22/9 (deadline 25/8)	23/11 (deadline 27/10)	19/12	Eksisterende arbejdsgruppe	1M 2M	Primo juni Medio august
- Samtalestøtte til langtidssygemeldte og stressramte*	22/9 (deadline 25/8)	23/11 (deadline 27/10)	19/12	Ny arbejdsgruppe	1M 2M 3M	Medio april Ultimo maj Medio august
- Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	23/11 (deadline 27/10)	Primo 2018	Primo 2018	Ny arbejdsgruppe	1M 2M	Medio september Medio oktober
- Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse	23/11 (deadline 27/10)	Primo 2018	Primo 2018	Ny arbejdsgruppe	1M 2M	Primo september Primo oktober

* Samtalestøtte til langtidssygemeldte og stressramte, er ikke en del af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte	Arbejdsgruppen mødes første gang medio april 2017. Det forventes, at gruppen skal mødes i alt tre gange.	M1: Modellens Trin 1 præsenteres for DAK på mødet d. 22/9 2017 M2: Modellens Trin 2 og 3 præsenteres for DAK på mødet d. 23/11 2017. M3: Samarbejdsaftalen præsenteres for SKU på mødet d. 19/12 2017.		Primo 2018	
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale	- Perifert venekateter - Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration		Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 31/10 2017	Ultimo 2017	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)					
	- Sondeernæring - Parenteral ernæring		Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 19/12 2017	Primo 2018	
	- Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser		Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	
	- Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse		Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9, Forretningsudvalget d. 14/9 og Regionsrådet d. 23/9.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner	Følgegruppen for opgaveoverdragelse vil forud for mødet i DAK d. 22/6, indhente en status på, hvor mange nye samarbejdsaftaler der er indgået mellem sygehuse og kommuner.



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
				instrueret i, at de skal opsiges de eksisterende samarbejdsaftaler.	
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavdosis Cytosar i eget hjem	Samarbejdsaftalen er udarbejdet og godkendt af DAK og SKU.				Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres løbende. DAK og SKU præsenteres halvårligt for data for samarbejdsaftalens anvendelse. I perioden d. 1/7–31/12 2016 har 8 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
					første halvdel af 2016 modtog syv patienter behandling i eget hjem.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har iværksat trin 1 i Center for kvalitets oplæg til at undersøge resultaterne fra KORA-rapporten nærmere.		Sagen forelægges DAK til godkendelse og beslutning omkring finansiering på mødet den 30. marts 2017.		
SPOT-projektet	Opgaven afventer en samlet drøftelse på monitorering.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt arbejder med afklaring af rolle i		Sagen forventes at kunne forelægges DAK til yderligere		



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	forhold til monitoreringsopgaver på mødet d. 6. marts, samt en yderligere konkretisering af monitoreringsopgaven på baggrund af den kommende drøftelse i DAK.		afklaring/godkendelse på mødet den 22. juni 2017.		
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt påbegynder drøftelser omkring afrapportering af resultaterne i en tværsektoriel kontekst på mødet d. 6. marts.		Forventes at kunne forelægges DAK senest til september. Tidspunktet afhænger af hvornår resultaterne frigives, og hvilken form de har.		

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

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

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

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

Kommissorium for Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet

Grundlag

Region Syddanmark og kommunerne har indgået sundhedsaftalen 2015-2018, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen indeholder bl.a. en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Her fremgår det bl.a., at det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og at det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Derudover fremgår det, at *Det Administrative Kontaktforum har til opgave at etablere en understøttende administrativ organisering... og at der etableres en følgegruppe for hver af sundhedsaftalens obligatoriske områder.*

Generelle opgaver

Følgegrupperne har overordnet følgende formål:

- At understøtte Det Administrative Kontaktforums arbejde.
- At understøtte de lokale samarbejdsforas arbejde.
- At sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet om følgegruppens opgaver i forhold til øvrige følgegrupper, arbejdsgrupper samt psykiatriske og somatiske samordningsfora
- At drøfte de muligheder og udfordringer ift. opgavefeltet, der løbende viser sig, samt følge nationale dagsordner og i relevant omfang inddrage erfaringer fra de øvrige regioner.

Derfor har følgegrupperne til opgave:

I forhold til Det Administrative Kontaktforum:

- At udarbejde forslag til prioritering og opdatering af opgaveporteføljen.
- At løfte de opgaver, der indgår i følgegruppens opgaveportefølje med baggrund i Sundhedsaftalen og i Det Administrative Kontaktforums prioriteringer.
- At give en årlig status på arbejdet med følgegruppens opgaveportefølje til Det Administrative Kontaktforum.

I forhold til Lokale Samarbejdsfora:

- At sikre produktion af aftaler mv. til DAK-godkendelse og implementering via de lokale samarbejdsfora
- At afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og samordningsfora ift. konkrete opgaver og ved behov at inddrage Det Administrative Kontaktforum i afklaringen.

Kompetencer

Følgegruppen har kompetence til,

- at indstille sager til drøftelse og beslutning i DAK,
- at nedsætte permanente og ad hoc arbejdsgrupper efter behov til håndtering af et afgrænset problemfelt som led i løsningen af de opgaver, Det Administrative Kontaktforum har prioriteret, og
- at gennemføre dialogaktiviteter og andre fælles aktiviteter om udvikling og gennemførelse af de opgaver der hører under følgegruppen.

Beslutninger i følgegruppen træffes som udgangspunkt i enighed. Ved evt. uenighed mellem partnerne i forbindelse med sager til Det Administrative Kontaktforum skal dette fremgå af sagsfremstilling og indstilling.

Særlige opgaver

Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet har i 2016 følgende konkrete opgaver, jf. beslutning i mødet i Det Administrative Kontaktforum i januar 2016:

- Levere de vigtigste data og analyser, som efterspørges og prioriteres fra Sundhedskordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum
- Udvikle metoder til opfølgning og evaluering af konkrete indsatser og initiativer
- Udvikle metoder til tværsektoriel ledelsesinformation

Formålet med ledelsesinformationen er at gøre det muligt at følge udviklingen og effekten af indsatser og initiativer, der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen samt at sikre formidling og udveksling af en række data, som parterne aftaler og finder anvendelige for aktivitetsopfølgning, planlægning og koordinering.

Som det første skal der sikres en systematisk afrapportering på de målsætninger, der er formuleret i sundhedsaftalen, i det omfang der findes tilgængelige relevante data. Der formidles desuden data i e-sundhed og på hjemmesiden www.regionsyddanmark.dk/sundhedssamarbejde, som med fordel kan indarbejdes i et samlet struktureret ledelsesinformationssystem.

På den baggrund skal følgegruppen komme med forslag til

- hvilke data, der med fordel kan indgå, herunder fra hvilke kilder data kan tilgås fra både primær og sekundær sektor.
- hvordan ledelsesinformationer kan kommunikeres og tilgås (f.eks. via hjemmeside og/eller publikationer) fra både politisk, administrativt og driftsmæssigt niveau, og samtidig være tilgængelig for offentligheden i det omfang det er relevant
- hvordan arbejdet med løbende indberetning og opdatering kan etableres, herunder vurdering af ressourcebehov ved opgaven

I løbet af aftaleperioden skal følgegruppen arbejde hen i mod en systematik og udvikling af værktøjer og målemetoder, der understøtter Tripple Aim-tankegangen, dvs. mål og indikatorer skal belyse:

- 1) befolkningens sundhedstilstand og effekten af sundhedsvæsenets behandling
- 2) patienternes oplevelse og vurdering af effekten af behandlingen
- 3) hvordan der opnås mest sundhed for pengene, dvs. ressourcerne

Organisering

Følgegruppen bemannes med repræsentanter fra strategisk ledelsesniveau fra Regionen og kommunerne samt repræsentation fra almen praksis. Endvidere fremgår det af sundhedsaftalen, at bemanningen skal tage hensyn til den geografiske repræsentativitet.

Følgegruppen består af følgende repræsentanter:

- Charlotte Rosenkrantz, Psykiatrien i Region Syddanmark, formand
- Michael Maaløe, Vejen Kommune, formand
- Jan Højgaard Funder, Region Syddanmark
- Allan Vittrup Pedersen, Odense Kommune
- Annette Vestergaard Weng, Region Syddanmark, sekretær
- Morten Jessen Hansen, Aabenraa Kommune, sekretær

Følgegruppen er organiseret med en regional formand og en kommunal formand.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af Region Syddanmark og en sekretær udpeget af kommunerne.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 29. januar 2016.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Landsdelsprogram for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL	Det planlagte programstyregruppemøde i november blev aflyst. Der har været møde i formandskabet for programstyregruppen, hvor processen for det syddanske landsdelsprogram har været drøftet. Programstyregruppemøde afholdt 2. marts 2017. Her blev udkast til programgrundlag samt organisering godkendt. De	Milepæl 1: Gennemført Etablering af styregruppe Milepæl 2: Igangsat Projekt- og implementeringsplan, herunder milepæle og leverancer Næste milepæl: Telemedicinsk tilbud fastlagt (indhold, målgruppe, roller- og ansvar)	Afventer programstyregruppen	Inden udgangen af 2019	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	første to projektspor nedsættes omhandlende Sundhedsfagligt indhold samt økonomi og IT. Implementering sker i regi af SOF'erne.				
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der har været afholdt et fælles dialogmøde på tværs af følgegrupperne med det formål at identificere behovet for it-understøttelse. Resultatet af dialogmødet blev at Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin afventer de øvrige følgegruppers arbejde, idet der på nuværende tidspunkt ikke er identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Identifikation af konkrete faglige områder, hvor man har et ønske eller et behov for øget deling af	Følgegruppen fik opgaven i opdrag på baggrund af temadrøftelsen om Telemedicin i DAK i november.		Resultatet af processen forventes forelagt DAK på mødet 22. juni.		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
informationer, som kan optimeres ved it- understøttelse.	Følgegruppen har tilrettelagt en proces, hvor der hentes input fra alle SOF'er, som efterfølgende bearbejdes med henblik på afrapportering til DAK.				

0. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulantly)

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- skadestueforløb
- skadestueforløb

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 0.1 Kommunikation ved besøg i skadestue (Fælles Akut Modtagelse(FAM(Afventer definition- link til nøgleord))/**Psykiatrisk Akut Modtagelse(PAM (link til nøgleord))**)
- 0.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestue (Fælles Akut Modtagelse(FAM (link til nøgleord))/**Psykiatrisk Akut Modtagelse(PAM (link til nøgleord))**)

0.1	Kommunikation ved besøg i skadestue (FAM/PAM (link til nøgleord))	
0.1.1	Borger/kommune skal kontakte skadestuen inden besøg med henblik på visitation. På de psykiatriske skadestuer kræves der ingen forudgående visitering.	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
0.1.2	Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen. Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om plejepersonalet skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armbånd jf. Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling (link til nøgleord). Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunen samtykke til informationsudveksling(link til nøgleord), og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via skadestuekorrespondance (link til nøgleord) vedr.: • Habituel tilstand • Årsag til skadestuekontakt • Akut telefonnummer i kommunen	

	Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.	
0.1.3	Kommunen er <u>ikke</u> til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen. Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på VisInfoSyd på Sundhed.dk (link til nøgleord). Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset samtykke (link til nøgleord) til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller skadestuekorrespondance.	
0.2	Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
0.2.1	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sender sygehuset en skadestuekorrespondance (link til nøgleord). Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK (link til nøgleord).	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sender sygehuset en skadestuekorrespondance (link til nøgleord) på hverdage i tidsrummet kl. 8.00-15.00. Efter kl. 15.00 samt i weekender og helligdage, skal det ske via telefonisk kontakt til kommunen, såfremt opgaven skal iværksættes inden næste hverdag. Aftalerne dokumenteres i en skadestuekorrespondance (link til nøgleord). Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK(link til nøgleord).

0.2.2	Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen, hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.	
0.2.3	Ved mindre ændringer i funktionsevnen (link til nøgleord), orienteres kommunen om hjemsendelse via skadestuekorrespondance (link til nøgleord) senest, når patienten forlader sygehuset. Ved væsentlige ændringer (link til nøgleord) i funktionsevnen (link til nøgleord), som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en skadestuekorrespondance (link til nøgleord). Er der foretaget medicinændringer under besøget, skal der medgives en medicinliste	Er der behov for hjælp til personlig pleje, aftales dette telefonisk i god dialog med kommunen.
0.2.4	I de tilfælde, hvor patienten er færdigbehandlet (link til nøgleord) og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage indenfor 48 timer, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, indlægges patienten og sygehuset opretter en færdigbehandlingsdato gældende fra den efterfølgende dag.	
0.2.5	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren. Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).	
0.2.6	Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.	

Epikrisen kan indeholde oplysninger om:

- diagnostik og behandling
- udarbejdet af
- årsag til henvisning
- resumé af forløbet
- medicinstatus
- information til patienten
- ikke afsluttede undersøgelser
- sygemelding
- socialmedicin
- efterbehandling
- anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse
- behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.(link til nøgleord)

Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise (link til nøgleord), skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.

Evt. genoptræningsplan (link til nøgleord) fremsendes.

Reviderede SAM:BO forløb

SSF den 30. marts 2017



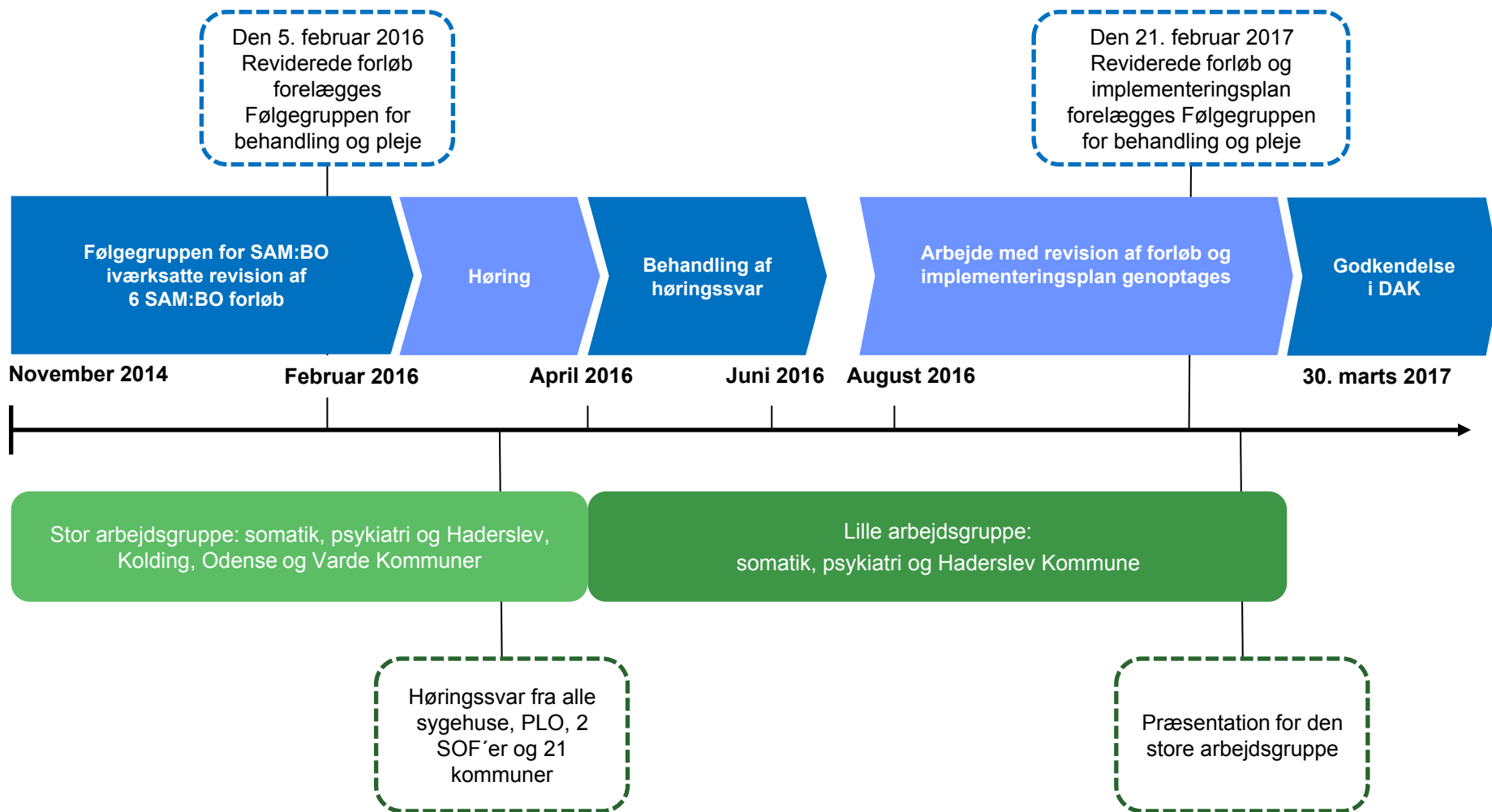
Baggrund og formål

I november 2017 besluttede den daværende Følgegruppe for SAM:BO, at der skulle foretages en gennemgang og revision af SAM:BO, da det var vurderingen, at forløbene ikke længere var tidssvarende.

Forud for revisionen var SOF'erne inddraget i forhold til at formulere problemstillinger og ændringsforslag, som den tværsektorielle arbejdsgruppe skulle arbejde videre med.

- Forløbene målrettes både somatiske og psykiatriske patienter
- Forløbene skulle gøres tidssvarende jf. udviklingen i kommuner og sygehuse
- Formuleringer skulle præciseres og understøtte ensartede forløb

Proces



Grundprincipper i SAM:BO aftalen har været var styrende for revisionen

- Sammenhængende forløb med fokus på patientsikkerhed
- Borgeren/patienten inddrages
- Tydelig ansvarsfordeling mellem de involverede parter – udskrivning
 - begynder ved indlæggelsen
- Arbejdsgange i forløb "forstyrrer" mindst muligt – indsatsen afpasses behovet
- Mindske mulighed for fortolkning

Implementering

For at sikre den bedst mulige implementering og dermed at SAM:BO resulterer i patientforløb af høj kvalitet foreslås implementering med et gennemgående tværsektorielt fokus.

- Udarbejdelse af undervisningsmateriale foregår i en tværsektoriel arbejdsgruppe
- Temaeftermiddag for nøglepersoner fra både sygehuse og kommuner afholdes primo maj 2017 eller ultimo august 2017
- Implementering i SOF-regi ved hjælp af ens undervisningsmateriale
- Løbende opfølgning i SOF-regi

1. Indsatsen før evt. ambulant forløb eller indlæggelse

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Kommunens forebyggende og opsporende tiltag
- Borgerhenvendelser til praktiserende læge/vagtlæge
- At kommune og praktiserende læge er i dialog vedr. evt. indsats

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

1.0 Forebyggende tiltag i kommunen

1.1 Primærsektorens indsatser overfor borgere i risikogrupper

1.2 Praktiserende læges vurdering og indsatser

1.0	Forebyggende tiltag i kommunen	
	Med henblik på forebyggelse tilbyder kommunen forebyggende tiltag, herunder eksempelvis forebyggende hjemmebesøg, én gang årligt hos borgere jf. gældende lovgivning.	
1.1	Primærsektorens indsatser overfor borgere i risikogrupper	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
1.1.1		Borgeren tager ved symptomer mv. kontakt til praktiserende læge i dagtid eller til vagtlæge i vagttid.

1.1.2	Kommunernes observationer og indsatser	Praktiserende læge/vagtlægers første vurdering
1.1.3	Er der ændringer i borgerens tilstand, skal kommunen hurtigst muligt iværksætte en række indsatser. Dette kan f.eks. være tværfaglig koordinering og kommunikation mellem de forskellige grupper af medarbejdere, som har at gøre med den enkelte borger, f.eks. Social og sundhedshjælpere, -assistenter, sygeplejersker, terapeuter, praktiserende læge m.fl. Ved ændringer i borgerens tilstand, f.eks.: • fald i funktionsevne (link til nøgleord) • dårlig væske-/ernæringstilstand • forværring af tilstand • dårlig almen tilstand • feber, konfusion el. anden akut forværring • faldtendenser • sociale og mentale ressourcer/netværk skal der udarbejdes en faglig vurdering af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand og fremtidige behov. På baggrund af denne iværksættes relevante indsatser. Ved den særligt svækkede ældre medicinske patient skal man være opmærksom på DÆMP-indsatsen(link til nøgleord). Ovenstående skal dokumenteres i kommunens elektroniske omsorgsjournal. Praktiserende læge/vagtlæge inddrages ved behov.	Praktiserende læge foretager relevante undersøgelser og udarbejder en vurdering af borgeren på baggrund af borgerens symptomer. Vurderingen danner baggrund for yderligere tiltag.

Kommentar [LK1]: Tilføjet

1.2	Praktiserende læges vurdering og indsatser	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
1.2.1	Lægen vurderer i fælleskab med kommunen muligheder for den videre varetagelse i kommunalt regi. I bekræftende fald aftales nødvendige kommunale foranstaltninger samt evt. lægeligt tilsyn.	Lægen kan kontakte kommunen og undersøge muligheder for evt. videre varetagelse i kommunalt regi.
1.2.2	Praktiserende læge kan tage initiativ til at foretage et opsøgende hjemmebesøg (link til nøgleord) hos skrøbelige ældre medborgere. Besøget har et forebyggende sigte. Ved den særligt svækkede ældre medicinske patient skal man være opmærksom på DÆMP-indsatsen. Praktiserende læge henviser elektronisk til indlæggelse af en borger. Enhver kan i livstruende situationer, via telefonisk henvendelse til alarmcentralen alarmkald 112, iværksætte akut kørsel til sygehus.	

2. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- ambulante patientforløb af kortere eller længere varighed
- patientforløb i dagafsnit, der betragtes som ambulante behandling

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

2.1 Kommunikation ved ambulante patientforløb

2.2 Kommunikation ved behandlingsforløb

2.3 Kommunikation ved afslutning af et ambulante forløb

2.1	Kommunikation ved ambulante patientforløb
2.1.1	Sygehushenvisning (link til nøgleord) skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK (link til nøgleord).
2.1.2	Sygehuset modtager henvisningen (link til nøgleord), og sender senest 2 hverdage (for psyk. senest 8 hverdage) efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt. Sygehuset fremsender bookingsvar (link til nøgleord) til den praktiserende læge.
2.1.3	Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning(link til nøgleord) anvendes. Samtalen kan omfatte: • patientens habituelle tilstand • information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer • oplysninger om kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg)

	Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling (link til nøgleord).
2.1.4	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • medicinændringer • sygepleje • personlig pleje • praktisk bistand • hjælpemidler • forebyggelse • genoptræning • DÆMP indsats (link til nøgleord) • Evt. operationsforberedelse • Evt. opfølgning
2.2	Kommunikation ved behandlingsforløb
2.2.1	Efter hvert ambulant besøg sendes et ambulant notat (link til nøgleord) til praktiserende læge. For psykiatriske patienter sendes der derudover også en behandlingsplan, hvis der er ændringer. Kommunen orienteres via ambulant korrespondance (link til nøgleord), hvis der er ændringer eller behov for kommunale indsatser.
2.2.2	Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen, hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.
2.2.3	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sendes en ambulant korrespondance på hverdage i tidsrummet kl. 8-15. Efter kl. 15 samt i weekender og helligdage skal det ske via telefonisk kontakt til kommunen, såfremt opgaven skal iværksættes inden næste hverdag. Aftalerne dokumenteres i en ambulant korrespondance (link til nøgleord). Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK (link til nøgleord).

	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
2.2.4	Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens samtykke (link til nøgleord) sende en ambulant korrespondance (link til nøgleord) med relevante patientoplysninger. Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger. Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være: • observation og pleje • Årsag til evt. medicinændring • genoptræning • hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant korrespondance(link til nøgleord). Er der planlagte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer f.eks. som følge af operation, aftales dette nærmere med kommunen via ambulant korrespondance (link til nøgleord) forud for indgrebet.	Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en ambulant korrespondance (link til nøgleord), om oprettelse i det kommunale system, f.eks.: • observation, pleje, praktisk hjælp • Årsag til evt. medicinændring • genoptræning • hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant korrespondance (link til nøgleord). Er der planlagte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer f.eks. som følge af operation, aftales dette nærmere med kommunen via ambulant korrespondance (link til nøgleord) forud for indgrebet. Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den ambulante korrespondance (link til nøgleord).
	Såfremt tidspunktet for det ambulante besøg (eks. operationsdato) ændres orienteres kommunen via ambulant korrespondance (link til nøgleord).	

2.2.5	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren. Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).
2.3	Kommunikation ved afslutning af ambulant forløb
2.3.1.	Sygehuset afsender epikrise (link til nøgleord) i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen (link til nøgleord) kan indeholde oplysninger om: • diagnostik og behandling • udarbejdet af • årsag til henvisning (link til nøgleord) • resumé af forløbet • medicinstatus • information til patienten • ikke afsluttede undersøgelser • sygemelding • socialmedicin • efterbehandling • anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler (link til nøgleord). Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise (link til nøgleord), skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen. Evt. genoptræningsplan (link til nøgleord) fremsendes.

3. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb under 48 timer

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- akutte og planlagte indlæggelsesforløb under 48 timers varighed

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

3.1 Kommunikation ved indlæggelse

3.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb

3.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen

3.4 Kommunikation ved udskrivelsen

3.1	Kommunikation ved indlæggelse	
3.1.1	Sygehushenvisning (link til nøgleord) skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der ikke er kendt i det kommunale omsorgssystem
3.1.2	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.
3.1.3	Kommunen fremsender automatisk indlæggelsesrapport(link til nøgleord). Sygehuset skal indhente samtykke til informationsudveksling (link til nøgleord) inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses. Ved manglende <u>samtykke</u> (link til nøgleordsliste). <u>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.</u> <u>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes</u>	Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra patienten, eventuelle pårørende/netværkspersoner og praktiserende læge. Oplysningerne kan vedrøre: • aktuel medicin • fysisk/psykisk/social funktionsevne (link til nøgleord) • evt. brug af hjælpemidler • boligens forhold • evt. vaner, der bør tages hensyn til pårørende og ressourcer i omgivelserne

	kommunen via indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport (link til nøgleord), indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefon. Indlæggelsesrapporten (link til nøgleord) oplyser bl.a.: • stamdata (inkl. pårørende) • kontaktdata i kommunen • hjælpemidler/behandlingsredskaber (link til nøgleord) • ydelser - o sygepleje - o personlig pleje - o praktisk hjælp - o træning - o boligtype - o øvrige ydelser • lokale medicinordinationer/CAVE - o seneste administration af depot - o PN administrationer indenfor de sidste 24 timer - o Medicinsvigt (link til nøgleord) - o dosisdispensering • årsag til aktuel indlæggelse • smitterisiko (medio 2016) • funktionsevne (link til nøgleord) • sygeplejefaglige problemområder (medio 2016)	
3.1.4	Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset. Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK (link til nøgleord).	
3.2	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb	
3.2.1	Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning(link til nøgleord) samt indlæggelsesrapport(link til nøgleord) anvendes. Samtalen kan omfatte: • patientens habituelle tilstand • information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af	

Kommentar [LK1]:

I forhold til pkt. 4 i vores afklaringspørgsmål.

Der stod tidligere:

Den automatiske indlæggelsesrapport (link til nøgleord) skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport (link til nøgleord) indenfor 8 timer. Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport (link til nøgleord), noteres dette i den manuelle indlæggelsesrapport (link til nøgleord) med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.

Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport (link til nøgleord), indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefon

	forløbet - vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer - oplysninger om kontaktperson	
3.2.2	I det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: - medicinændringer - sygepleje - personlig pleje - praktisk bistand - boligforhold - hjælpe midler - forebyggelse - genoptræning - DÆMP indsatser (link til nøgleord)	
3.3	Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienten, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
3.3.1	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sendes en udskrivningsrapport(link til nøgleord). Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling eller kompressionsbehandling. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK(link til nøgleord).	
3.3.2	Ved ingen eller mindre ændringer i funktionsevnen (link til nøgleord), orienteres kommunen om udskrivelse via udskrivningsrapport (link til nøgleord) senest, når patienten forlader sygehuset. Ved væsentlige ændringer (link til nøgleord) i funktionsevnen(link til nøgleord), som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon.	Er der behov for hjælp til personlig pleje, aftales dette telefonisk i god dialog med kommunen.
3.3.3	I telefonsamtalen mellem sygehus og kommune afdækkes funktionsevne (link til nøgleord), færdigbehandlingsdato og eventuelt behov for behandlingsredskaber (link til nøgleord)/hjælpe midler. Ovenstående dokumenteres i en indlagt korrespondance (link til nøgleord), som umiddelbart efter endt dialog sendes til kommunen.	

Kommentar [LK2]:

I forhold til pkt. 2 i vores afklaringspørgsmål.
Har slettet på hverdage i tidsrummet kl. 8-15. Efter kl. 15 samt i weekender og helligdage skal det ske via telefonisk kontakt til kommunen, såfremt opgaven skal iværksættes inden næste hverdag. Aftalerne dokumenteres i en udskrivningsrapport (link til nøgleord). + lavet til en kolonne i stedet for to!

3.3.4	Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.
3.3.5	I de tilfælde, hvor patienten er færdigbehandlet (link til nøgleord) og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage indenfor 48 timer, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, indlægges patienten og syghuset opretter en færdigbehandlingsdato gældende fra den efterfølgende dag. Overskrider indlæggelsen 48 timer, før kommunen er klar til at modtage patienten, skal der ikke udarbejdes en plejeforløbsplan (link til nøgleord).
3.4	Kommunikation ved udskrivelsen
3.4.1	I udskrivelsessamtalen gives information til patienten og eventuelt pårørende, som kan omfatte: • diagnostik, pleje, behandlingsforløbet • efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • medicin: - o OBS. evt. ændring i dosisdispensering - o hvad medgives, - o hvad skal afhentes, - o hvad udbringes fra apoteket • aftaler med kommunen • sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag Status, resumé og aftaler dokumenteres i udskrivningsrapporten.
3.4.2	Senest ved udskrivelsen sendes en udskrivningsrapport (link til nøgleord) samt eventuelt genoptræningsplan (link til nøgleord) til hjemkommunen. Udskrivningsrapporten indeholder bl.a.: • stamdata inkl. pårørende • indlæggelses-, færdigbehandlings- og udskrivningsdato • årsag til aktuel indlæggelse • indlæggelsesforløb • sygeplejefaglige problemområder • smitterisiko

	• diagnoser • funktionsevne (link til nøgleord) ved udskrivning • hjælpemidler/behandlingsredskaber (link til nøgleord) • lokale medicinordinationer/CAVE - o seneste administration af depot - o PN administrationer indenfor de sidste 24 timer - o Medicinsvigt (link til nøgleord) - o recept til apotek - o afhentning/udbringning - o dosisdispensering genbestilt af sygehuset efter lægefaglig vurdering • aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivelse • fremtidige aftaler inkl. evt. ambulant opfølgning • DÆMP indsatser (link til nøgleord) (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling") • Instruks og vejledninger kan medsendes som link Patienten medgives en kopi af udskrivningsrapport (link til nøgleord), medicinliste fra FMK (link til nøgleord) og evt. genoptræningsplan (link til nøgleord).
3.4.3	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren. Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).
3.4.4	Patienten hjemsendes alle dage, dog senest til hjemkomst kl. 22.00. Sygehuset arrangerer hjemtransport (link til nøgleord), såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befordring (indsæt link til regler). Sygehuset registrerer patientens udskrivelse tidstro (link til nøgleord) og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen. Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en udskrivningsrapport (link til nøgleord).
3.4.5	Sygehuset afsender epikrise (link til nøgleord) i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen (link til nøgleord) kan indeholde oplysninger om: • diagnostik og behandling

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

4. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb over 48 timer

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- akutte og planlagte indlæggelsesforløb over 48 timer

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 4.1 Kommunikation ved indlæggelse
- 4.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
- 4.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
- 4.4 Kommunikation ved udskrivelsen

4.1	Kommunikation ved indlæggelse	
4.1.1	Sygehushenvisning (link til nøgleord) skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
4.1.2	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro (link til nøgleord). Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro (link til nøgleord).
4.1.3	Kommunen fremsender automatisk indlæggelsesrapport (link til nøgleord). Sygehuset skal indhente samtykke til informationsudveksling (link til nøgleord) inden indlæggelsesrapporten (link til nøgleord) åbnes og læses. Ved manglende <u>samtykke</u> (link til pjecen) (link til nøgleord) <u>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor</u>	Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra borgeren, eventuelle pårørende/netværkspersoner og borgerens egen læge. Oplysningerne kan vedrøre: • aktuel medicin • fysisk/psykisk/social funktionsevne (link til nøgleord) • evt. brug af hjælpemidler • boligens forhold • evt. vaner, der bør tages hensyn til • pårørende og ressourcer i omgivelserne

	8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport (link til nøgleord), indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefon. Indlæggelsesrapporten (link til nøgleord) oplyser bl.a.: • stamdata (inkl. pårørende) • kontaktdata i kommunen • hjælpemidler/ behandlingsredskaber (link til nøgleord) • ydelser - o sygepleje - o personlig pleje - o praktisk hjælp - o træning - o boligtype - o øvrige ydelser • Lokale medicinordinationer/CAVE - o Seneste administration af depot - o PN administrationer indenfor de sidste 24 timer - o Medicinsvigt (link til nøgleord) - o dosisdispensering • årsag til aktuell indlæggelse • smitterisiko • funktionsevne (link til nøgleord) • sygeplejefaglige problemområder	
4.1.4	Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset. Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK (link til nøgleord). Modtager patienten dosisdispenseret medicin, skal sygehuset pausere dette ved at tage kontakt til apotek	
4.2	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb	
4.2.1	Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning (link til nøgleord) samt indlæggelsesrapport (link til nøgleord) anvendes.	

Kommentar [LK1]:
I forhold til pkt. 4 i vores afklaringsspørgsmål.

Der stod tidligere:
Den automatiske indlæggelsesrapport (link til nøgleord) skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport (link til nøgleord) indenfor 8 timer. Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport (link til nøgleord), noteres dette i den manuelle indlæggelsesrapport (link til nøgleord) med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.

Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport (link til nøgleord), indlagt korrespondance (link til nøgleord) eller telefon

	Samtalen kan omfatte: • patientens habituelle tilstand • information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer • oplysninger om kontaktperson
4.2.2	I det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: • medicinændringer, herunder evt. pausering af dosisdispensering • sygepleje • personlig pleje • praktisk bistand • hjælpemidler • boligforhold • forebyggelse • genoptræning • DÆMP indsatser (link til nøgleord)
4.2.3	For patienter, der modtager eller skal opstarte kommunale indsatser, sendes en plejeforløbsplan (link til nøgleord) på baggrund af en behandlingsplan tidligst muligt eller senest 48 timer efter indlæggelsen. Dette gælder dog ikke for patienter: • der er indlagt på intensiv afdeling. Her sendes plejeforløbsplanen hurtigst muligt efter overflytning til stamafdeling • der samtidigt er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang. Her sendes plejeforløbsplanen (link til nøgleord) fra somatik. Plejeforløbsplan (link til nøgleord) udarbejdes i samarbejde med patienten og indeholder relevante oplysninger som: • stamdata, herunder pårørende • indlæggelsesdato • forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato • aftalt udskrivningsdato • årsag til aktuell indlæggelse • forventet indlæggelsesforløb • smitterisiko • yderligere koordinering - o boligændringer - o hjælpemidler - o genoptræning - o sygepleje - o medicinadministration

	• DÆMP indsatser (link til nøgleord) (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling") • udvidet koordinering (link til nøgleord) • forventet funktionsevne(link til nøgleord) ved udskrivning • sygeplejefaglige problemområder Plejeforløbsplanen (link til nøgleord) fungerer dermed som et planlægningsværktøj til kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse. Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt plejeforløbsplan (link til nøgleord), skal det tydelig angives i et nyt afsnit med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Husk altid begrundelse for ændringer. For patienter, der indlægges fredag efter kl. 14.30 eller hvor kommunen modtager en plejeforløbsplan (link til nøgleord) efter kl. 15.30 fredag eftermiddag, og hvor patienten ønskes udskrevet inden mandag middag, tager sygehuset tidligst muligt telefonisk kontakt til kommunen for at aftale nærmere.	
4.3	Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen	
4.3.0	Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.	
	Patienter med ukompliceret udskrivelsesforløb Uændret eller mindre ændringer i funktionsevne (link til nøgleord) og hjælpebehov.	Patienter med kompliceret udskrivelsesforløb Væsentlige ændringer (link til nøgleord) i funktionsevne (link til nøgleord) og hjælpebehov.
4.3.1	Kommunen sender en kvittering for plejeforløbsplanen (link til nøgleord) senest 8 timer efter, plejeforløbsplanen(link til nøgleord) er modtaget. Dog er det kun plejeforløbsplaner modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag. Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.	Kommunen sender en kvittering for plejeforløbsplanen (link til nøgleord) senest 8 timer efter, Plejeforløbsplanen (link til nøgleord) er modtaget. Dog er det kun plejeforløbsplaner (link til nøgleord) modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag. Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål og angive evt. behov for udvidet koordinering (link til nøgleord).
4.3.2	Når kommunen har kvitteret for /accepteret plejeforløbsplanen (link til nøgleord) uden yderligere kommentarer, gælder plejeforløbsplanen (link til nøgleord) som aftale om udskrivelse.	Den, der efterspørger udvidet koordinering (link til nøgleord), har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den udvidet koordinering (link til nøgleord) gennemføres senest 2 dage efter.

		Forespørgsel om udvidet koordinering (link til nøgleord) ændrer/udskyder ikke en evt. færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering/beslutning. For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes udvidet koordinering (link til nøgleord) mandag, afsendes plejeforløbsplanen (link til nøgleord) hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen mandag morgen. Udvidet koordinering (link til nøgleord) kan foregå ved: • uddybet it-kommunikation • videokonference • telefonisk kontakt • fysisk fremmøde på sygehuset. Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder: • tidspunkt og forberedelse af modtagelse • omfang af personlig pleje • sygepleje • medicin; hvad medgives, hvad skal afhentes / bringes ud fra apotek • dosisdispensering • madservice • genoptræning • hjælpemiddel/ behandlingsredskab (link til nøgleord) • evt. boligændringer • aftale om 1. besøg af hjemmeplejen/hjemmesygeplejen • evt. kontrol i ambulatorium og terapi • evt. behov for opfølgende besøg (link til nøgleord) ved egen læge (DÆMP) (Indsæt link) Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale. Den fælles plan for det videre forløb sendes i en revideret plejeforløbsplan (link til nøgleord).
4.3.3	Kommunen må i forbindelse med helligdage m.v. ikke være lukket mere end to på hinanden følgende dage.	

Kommentar [LK2]: tilføjet

4.4	Kommunikation ved udskrivelse
4.4.1	Ved udskrivelsen gives der information til patienten og evt. pårørende, som kan omfatte: • diagnostik, pleje, behandlingsforløbet • efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • medicin: - o OBS. evt. ændring i dosisdispensering - o hvad medgives, - o hvad skal afhentes, - o hvad udbringes fra apoteket • aftaler med kommunen • sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag Ved udskrivelse er det en lægefaglig vurdering, om patienten kan overgå til dosisdispensering igen. Såfremt patienten kan overgå til dosisdispensering, er det vigtigt, at lægen oplyser ændringerne til apoteket, der endnu ikke har adgang til FMK (link til nøgleord). Sygehuset skal medgive medicin, indtil leveringen fra apotek kan træde i kraft. Status, resumé og aftaler dokumenteres i udskrivningsrapporten (link til nøgleord).
4.4.2	Senest ved udskrivelsen sendes en udskrivningsrapport(link til nøgleord) samt evt. genoptræningsplan (link til nøgleord) til hjemkommunen. Udskrivningsrapporten(link til nøgleord) indeholder bl.a.: • stamdata inkl. pårørende • indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato • årsag til aktuel indlæggelse • indlæggelsesforløb • sygeplejefaglige problemområder • smitterisiko • diagnoser • funktionsevne (link til nøgleord) ved udskrivning • hjælpemidler/behandlingsredskaber (link til nøgleord) • lokale medicinordinationer/CAVE - o seneste administration af depot - o PN administrationer indenfor de sidste 24 timer - o Medicinsvigt (link til nøgleord) - o recept til apotek - o afhentning/udbringning - o dosisdispensering genbestilt af sygehuset efter lægefaglig vurdering • aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivelse • fremtidige aftaler inkl. evt. ambulant opfølgning

	• DÆMP indsatser (link til nøgleord) (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling") • Instruks og vejledninger kan medsendes som link Udskrivningsrapporten (link til nøgleord) må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til indgåede aftaler via plejeforløbsplanen (link til nøgleord), som kan have betydning for de kommunale indsatser. Patienten medgives en kopi af udskrivningsrapport (link til nøgleord), medicinliste fra FMK (link til nøgleord) og evt. genoptræningsplan (link til nøgleord).
4.4.3	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser korrespondancer minimum én gang i døgnet på alle dage. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.
4.4.4	Patienten hjemsendes ifølge aftale med kommunen. Sygehuset arrangerer hjemtransport (link til nøgleord), såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befording (indsæt link til regler). Sygehuset registrerer patientens udskrivelse tidstro (link til nøgleord) og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen. Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en udskrivningsrapport (link til nøgleord).
4.4.5	Sygehuset afsender epikrise (link til nøgleord) i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen (link til nøgleord) kan indeholde oplysninger om: • diagnostik og behandling • udarbejdet af • årsag til henvisning • resumé af forløbet • medicinstatus • information til patienten • ikke afsluttede undersøgelser • sygemelding • socialmedicin • efterbehandling

	• anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • behandlingsredskaber(link til nøgleord) og/eller evt. behov for hjælpemidler. Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise (link til nøgleord), skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen. Evt. genoptræningsplan (link til nøgleord) fremsendes.
--	--

5. Indsatsen efter udskrivelse

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- patienter der efter udskrivelse har behov for kommunale indsatser

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

5.1 Første kontakt med kommunen efter udskrivelse

5.2 Opfølgningsbesøg

5.3 Ambulant opfølgning

5.1	Første kontakt med kommunen efter udskrivelse
5.1.1	Borgeren kommer hjem til vanlige indsatser: førstkomende besøg sker i forhold til vanlige aftaler Ved nye eller ved ændringer i vanlige indsatser: ligger første besøg inden vanlig aftale, er tidspunkt aftalt mellem borgeren og kommunen inden udskrivelsen. Dette kan foregå med borgeren selv eller med sygehusets assistance. I særlige tilfælde: hvor der er behov for, at kommunen er til stede i borgerens hjem ved dennes hjemkomst, er dette aftalt i forbindelse med planlægning og koordinering af udskrivelsen. Sygehuset kontakter kommunen telefonisk, når patienten forlader sygehuset. Kommunen vil altid vurdere, om indsatsen er rehabiliterende (link til nøgleord) eller kompenserende (link til nøgleord).
5.2	Opfølgningsbesøg
5.2.1	Når sygehuset har screenet patienten som en DÆMP (link til nøgleord) patient, vurderer og iværksætter kommunen de efterfølgende indsatser. Praktiserende læge og /eller hjemmesygeplejerske vurderer behovet for evt. opfølgende (link til nøgleord) hjemmebesøg (§2-aftale herom) (link).
5.3	Ambulant opfølgning
5.3.1	Ved ambulant opfølgning, hvor borgeren eller de pårørende ikke har ressourcerne til at planlægge og gennemføre dette, kan kommunen være behjælpelig.

Nøgleordsliste

Nøgleord	Ordforklaring
Ambulant notat	Et ambulant notat er et kort resumé af den aktuelle patientbehandling på et sygehusambulatorium og en eventuel plan for efterbehandling/opfølgning. Notatet skal sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet på tværs af sektorerne. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Ambulant korrespondance	En ambulant korrespondance kan anvendes på tværs af sektorerne til besked/forespørgsel vedrørende en patient, og kan bruges som opfølgning på evt. telefonisk kontakt. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse.
Behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber	Behandlingsredskaber: Regionen forsyner patienter med behandlingsredskaber som et integreret led i sygehusbehandling, hvor redskaberne indgår i en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Sygehuset forsyner ligeledes patienter med behandlingsredskaber efter udskrivelse som en fortsættelse af den iværksatte behandling, med det formål at forbedre behandlingsresultatet eller forhindre en forringelse af behandlingsresultatet. I situationer hvor patienten skal vente på sygehusbehandling skal sygehuset vurdere, om der er et behov for udlevering af behandlingsredskaber i venteperioden. I så fald afholder regionen udgiften hertil. Hjælpemidler: Kommunalbestyrelsen yder støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til borgere i henhold til Lov om Social Service § 112 og § 113. Ved behov for hjælpemidler på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ansøger borgeren om hjælpemidler i kommunen, i henhold til § 112 stk. 1 i Serviceloven: ”Kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet: 1) i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne 2) i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller 3) er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv.”

	Træningsredskaber (Sundhedslovens § 84 og § 140): a) i forbindelse med almen ambulant genoptræning: I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal der udarbejdes en genoptræningsplan. Kommunen afholder udgifterne til genoptræning, herunder udgifterne til de redskaber, som kommunen vurderer, patienten har behov for som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe redskaberne. b) i forbindelse med specialiseret ambulant genoptræning: Ved specialiseret ambulant genoptræning leverer sygehuset de nødvendige redskaber. Taksterne til specialiseret ambulant genoptræning er beregnet således, at kommunen ikke skal betale særskilt for redskaber til specialiseret ambulant genoptræning (DRG-afregnet). Der henvises til <i>Casekatalog vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark</i>, hvori ansvarsfordelingen mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler beskrives. Link til Casekatalog: https://www.sundhed.dk/content/cms/70/45970_casekatalog_juli2013_korr-1.pdf
Bookingsvar	Et bookingsvar er retursvar til henvisende læge om modtagelse og visitationen af en henvisning. Formålet er at sikre tryghed i patientforløbet ved hurtig information om, hvilken afdeling patienten er visiteret til samt hvor og hvornår, patienten skal møde i afdelingen. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
DÆMP	DÆMP er en screening, der skal identificere Den Ældre Medicinske Patient med særlige behov for koordination og opfølgning mellem hjemmesygepleje, egen læge og/eller sygehusafdeling eksempelvis efter udskrivelse. Ved behov kan alle tre parter iværksætte opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og hjemmesygepleje mødes i patientens hjem for at koordinere den fremadrettede indsats. Der findes uddybende informationer om DÆMP via dette link: www.regionsyddanmark.dk/dæmp

Epikrise	Epikrisen er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling. Formålet er at sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet og at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til patientens egen læge og henvisende læge. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/
FMK	Fælles Medicinkort (FMK) er en central database med en liste over den enkelte borgers aktuelle lægemiddelordinationer. Oplysningerne på FMK kan deles mellem de parter, der er involveret i borgerens behandling. Borgeren har selv mulighed for at se sit medicinkort via sundhed.dk. Læs mere på sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjælp-til-praksis/fmk/
Funktionsevne	Funktionsevne er et mål for et menneskes evne til at udføre forskellige fysiske og psykiske aktiviteter. Funktionsevnen kan være nedsat pga. fysisk eller psykisk sygdom eller som følge af fysiologisk eller mental aldring. Funktionsevnen vurderes oftest i forhold til, hvad personer af samme alder og køn kan klare.
Fællessprog II/III	Fælles sprog er helt overordnet en begrebsramme, som kommunerne kan bruge til at beskrive de kommunalt indvisiterede borgers funktionsevne samt de ydelser/indsatser, der leveres kommunalt. Læs mere her: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39519/ImageVaultHandler.aspx
Færdigbehandling	En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.(Definition fra Fællesindhold 2016/side 28) Dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang.
Genoptræningsplan	Den Gode GenOptræningsPlan (G-GOP) skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret

	niveau. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af hvilke funktionsevnenedsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod m.v. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164976
Henvisning til sygehus (elektronisk)	Den praktiserende læge sender en henvisning til indlæggelse eller ambulant behandling på den relevante sygehusafdeling eller til en central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen og ønsket undersøgelse/behandling. Derudover anføres kortfattet anamnese. I anamnesen beskrives "cave", "sociale forhold", "objektive fund", "sagt til patienten", "undersøgelsesresultater", "aktuel medicin" og patientens telefonnummer. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/
Indlagt korrespondance	Indlagt korrespondance anvendes til opklarende/opfølgende spørgsmål/svar. Indlagt korrespondance må ikke indeholde nye eller ændringer af eksisterende aftaler, undtagelsesvis dog i forløb under 48 timer, hvor telefoniske aftaler dokumenteres i en indlagt korrespondance. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.
Indlæggelsesrapport	Indlæggelsesrapporten sendes fra kommune til sygehus i de situationer, hvor borgeren får indsatser (personlig pleje, praktisk bistand, sygeplejefaglige indsatser) fra kommunen. Indlæggelsesrapporten kan være automatisk eller manuel.
Kompenserende indsats	Kompenserende indsatser er sikkerhedsnettet for borgere, der på grund af nedsat funktionsevne ikke kan klare sig selv. Målet er at lindre eller kompensere for den nedsatte funktionsevne, når der ikke er et aktuelt udviklingspotentiale. Hjælp til personlige og praktiske opgaver, sygepleje og hjælpemidler er eksempler på indsatser, der understøtter målet.
Medicinsvigt	Når patienten / borgeren enten i enkeltituationer eller over tid, enten bevidst fravælger eller glemmer at tage medicinen efter lægens anvisning og dermed ikke følger den aftalte behandling.
Opfølgende hjemmebesøg	PLO Syddanmark og Region Syddanmark har indgået en § 2-aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse hos alvorligt syge og svage personer. §2-aftalen om opfølgning

	og koordination efter udskrivelse kan også anvendes til de patienter, der er i målgruppen for handlingsplanen for den ældre medicinske patient. Læs mere på Sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/opfoelgning-koordination-efter-udskrivelse/
Opsøgende hjemmebesøg	En ydelse de praktiserende læger i henhold til Overenskomst om almen praksis har mulighed for at yde til skrøbelige ældre (normalt over 75 år). Besøget sker med henblik på, at: • opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne • identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer • vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug, • opnå kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde Ydelsen må maksimalt foretages én gang om året pr. patient. Læs mere i "Vejledning til anvendelse af overenskomstens ydelser", pkt. 6: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OK%20om%20almen%20praksis/Vejledninger1
PAM	Psykiatrisk akutmodtagelse. Akutmodtagelsen har en åben skadestuefunktion og modtager således både henviste patienter samt patienter som henvender sig selv.
Plejeforløbsplan	Plejeforløbsplan fungerer som et planlægningsværktøj for kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse. Plejeforløbsplan har til formål at oplyse borgerens hjemkommune, om der er sket ændringer i borgerens funktionsevne/plejebenhov inden udskrivelsen i forbindelse med indlæggelser over 48 timer. Planen udarbejdes i forlængelse af den behandlingsplan sygehuset udarbejder og i samarbejde med patienten.
Rehabiliterende indsats	Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en

	koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats jf. kvalitetsstandard/serviceniveau i den enkelte kommune.
Samtykke til informationsudveksling	Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt og skal gives til sundhedsfaglige medarbejdere, der videregiver eller modtager oplysningerne. Samtykket skal dokumenteres i patientjournalen. Folder om informeret samtykke til udveksling af patientinformationer: Link kommer
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling	Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommunerne indgået en aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Samarbejdsaftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, som kan hjælpe borgeren. Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Aftalen kan findes på følgende link: http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177
Skadestuekorrespondance	En skadestuekorrespondance kan anvendes til kommunikation mellem kommune og sygehus. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.
Tidlig opsporing	Kommunalt fokusområde, hvor målsætningen er at forebygge funktionstab og uhensigtsmæssige indlæggelser.
Tidstro registrering	Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at eksempelvis patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset.
Transport (til og fra sygehus)	Regionen tilbyder transport til og fra det sygehus, hvor behandlingen finder sted efter regionens visitationspraksis. Siddende transport tilbydes, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder nogle særlige betingelser.

Kommentar [BOL1]: husk link – afventer tilbagemelding fra regionens jurist

	Læs mere her: http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205
Udvidet koordinering	Er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. patientens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor.
Udskrivningsrapport	Udskrivningsrapporten er en status på og et resume af det forløb, patienten har gennemgået.
Væsentlige ændringer	Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden ejendom, installation af hjælpemidler. Eksempler på væsentlige ændringer i tyngde og funktionsevne: • Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd • Ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet • Ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden • Ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler • Øges besøgshyppigheden med et eller flere besøg dagligt. Ovenstående gælder uanset boligtype (egen bolig, plejehjemsbolig mv.).

Behandling af høringssvar – Reviderede forløb i Sam:Bo

Generelle bemærkninger

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Akutteam	Sygehus Lillebælt	Hvor er akutteamet beskrevet i denne sammenhæng? Det har alle vores samarbejdende kommuner jo nu. Hvordan kommer vi i kontakt med dem, og hvad visiteres til dem? En beskrivelse af dette ville være fint.	Imødekommes ikke. Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvordan opgaven vedr. akutteam løses. Det er kommunen selv, der visiterer til akutteamet.
Brug af begreberne patient og borger	SOF og PSOF Sønderjylland	Generelt bør brugen af betegnelserne "patient" og "borger" gøres mere stringent.	Patient anvendes, når afsnittet omhandler sygehusindsatser og borger anvendes, når afsnittet omhandler indsatser i kommunen. Den fysiske placering afgør om patient eller borger anvendes.
	Sygehus Sønderjylland	Et andet punkt, hvor formuleringer med fordel kunne være tydeligere, er i forhold til betegnelserne "patient" og "borger". Generelt bør brugen af betegnelserne "patient" og "borger" gøres mere stringent.	
Det kommunale omsorgssystem	Esbjerg Kommune	I forløbene anvendes generelt betegnelsen "det kommunale omsorgssystem" i de farvede overskrifter. For at tilpasse sig terminologien i sundhedsvæsenet samt for at præcisere at omsorgssystemer er én samlet journal, bør betegnelsen generelt ændres til "kommunens elektroniske omsorgsjournal". Det betyder også at betegnelsen skal anvendes i stedet for "borgerens journal", som nævnes flere steder.	Imødekommes ikke. Betegnelsen er videreført fra de tidligere Sam:Bo forløb.
Dialog	Haderslev Kommune	<i>God dialog</i> erstattes med dialog	Imødekommes ikke. Det er en værdi i samarbejdet.
Dokumentation af telefonisk samtale	Esbjerg Kommune	Oplysninger kan udveksles via indlæggelsesrapport, indlagt korrespondance eller telefon. Det bør indgå i aftalerne at ved væsentlige telefoniske oplysninger skal der eftersendes dokumentation i en korrespondance eller en plejeforløbsplan.	Imødekommes. Det tilføjes i forløbene.
Dosisdispensering	Haderslev Kommune	Hvis borger skal opstarte medicin og er i et stabilt forløb, skal sygehus sætte borger på dosisdispensering??	Imødekommes. Information vedr. dosisdispensering tilføjes i forløb 3.1.4, 4.1.4 og 4.4.1. Er det en længere indlæggelse (over 48 timer) skal dosisdispenseringen pauseres af sygehuset. Ved udskrivelse er det en lægefaglig vurdering, om patienten kan overgå til dosisdispensering igen. Såfremt patienten

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			kan overgå til dosisdispensering er det vigtigt, at lægen oplyser ændringerne til apoteket, der endnu ikke har adgang til FMK. Sygehuset skal medgive medicin indtil leveringen fra apoteket kan træde i kraft.
Epikrise	Sydvestjysk Sygehus	Af bl.a. afsnit 3.4.5 fremgår der en liste med oplysninger, som skal fremgå af epikrisen til egen læge. Der opfordres til, at oplysninger om eks. ernæring og forebyggelse kun skal fremgå af epikrisen, såfremt det er relevant.	Imødekommes. Det ændres gennem forløbene.
Farver på forløb	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at farverne fra de tidligere forløbsbeskrivelser bevares, sådan at det kun er de nye forløbsbeskrivelser, der får en anden farve.	Imødekommes ikke. Der er kommet en ny designskabelon, der ikke muliggør at bibeholde farverne.
Forløb rettet mod den kommunale hjemmepleje	Odense Kommune	Det bør fremgå tydeligt, at der kun er tale om SAM:BO forløb rettet mod den kommunale hjemmepleje og ikke den kommunale socialpsykiatri.	Imødekommes. Det tilføjes i formål og grundlag for aftalen.
Fælles Sprog III	Sønderborg Kommune	Der gøres opmærksom på, at implementeringen af Fælles Sprog 3 kan få betydning for hvilke oplysninger kommunen kan sende til sygehuset.	De oplysninger der kommunikeres i det tværsektorielle samarbejde bør ikke ændre sig i forbindelse med implementeringen af Fælles Sprog III. Fælles Sprog III skal understøtte arbejdsgangene i Sam:Bo aftalen.
Færdigbehandling	Haderslev Kommune	Ønske om anvendelse af korrespondancen "færdigbehandlet"	Imødekommes ikke. Standarden "Varsling af færdigmelding" er ikke udviklet i RSD, da vi ikke varsler en udskrivelse, men arbejder med en fælles planlægning af udskrivelse fra indlæggelsesstart.
	Kolding Kommune	Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet. Afgørelser heraf foretages af lægen på det pågældende sygehus. Dette afstedkommer nedenstående spørgsmål: Er en patient færdigbehandlet, betyder det, at tilstanden er stationær og ikke kræver yderligere behandling, dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang. Hvad vil det sige at tilstanden er stationær? Er det også borgeren der eks. kommer her på cent-	Imødekommes ikke. Færdigbehandling er i Sam:Bo aftalen defineret ud fra den officielle definition på begrebet, jf. nøgleordslisten.

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		ret, og hvor der i udskrivelsen allerede er besluttet at borgeren dagen efter skal på sygehuset til evt. blodprøver, undersøgelser, evt. anden behandling? Eller har man der blot "flyttet" patienten ud i kommunen, men undersøgelse/behandling foregår stadig på sygehuset? Og er tilstanden så stationær?	
Gennemskrivning af forløb	Odense Kommune	Odense Kommune finder, at gennemskrivningen af de 6 SAM:BO forløb har resulteret i mere klare og præcise formuleringer. Ligeledes er nøgleordslisten et godt redskab i fortolkningen af begreber.	Taget til efterretning.
Grafisk systematik	Psykiatrien	Den nuværende udgave af SAM:BO indeholder en grafisk systematik, som på en overskuelig måde sikrer, at man hurtigt kan se hvem der har ansvaret for de enkelte elementer i forløbet. Overskrifterne i den nuværende udgave tilkendegivet konsekvent, hvem der har ansvaret – eksempelvis: Sygehuset gennemfører..., Sygehuset sender..., Sygehuset orienterer... Denne systematik kunne med fordel videreføres i den reviderede SAM:BO-aftale.	Imødekommes ikke.
Henvisning til sygehus	PLO Syddanmark	Under punktet med "Henvisning til sygehus". Vil vi gerne bede om, at der på Visinfo-Syd/ Sundhed.dk løbende bliver rettet i de anførte henvisningsfraser/kriterier. Ofte bruger vi lang tid på at finde f.eks. telefonnummer på den person man skal kontakte omkring et konkret "Pakkeforløb". Så viser det sig at telefonen kun er åben f.eks. kl 9-10. Hvis vi sidder i konsultationen med patienten uden for det tidspunkt, hvad så? Og ofte får vi den besked, når vi ringer, at det slet ikke er nødvendigt at ringe. Kan det pointeres i SAM-BO at de ansvarlige parter har fælles ansvar for at få ajourført oplysningerne på "Visinfo-Syd/Sundhed.dk"?	Imødekommes ikke. Det vurderes at være en problemstilling, der skal løftes i de lokale SOF'er.
Hjælpemidler	Psykiatrien	Arbejdsgange ved patienter, som kun er visiteret til hjælpemidler, er ikke beskrevet.	Imødekommes ikke. Det er generelt ikke beskrevet, hvis der opstår situationer, som er på grund af fejl i systemet.
ID-armbånd	Esbjerg	ID armbånd til borgerne indgår i forløbene. De	Der er Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	Kommune	anvendes ikke i praksis, da de ikke er gode nok. Hvad konsekvens skal der tages i forhold til dette.	hjælp ved sygehusbehandling, der beskriver dette.
Indlæggelses-rapporter	Esbjerg Kommune	Der skal nu sendes supplerende indlæggelses-rapporter på alle, der indlægges, hvor vi tidligere kun skulle sende såfremt, der var tilføjelser eller ændringer. Det vurderes at det betyder 20% flere indlæggelsesrapporter.	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. <i>Imødekommes.</i> <i>Svar fra Følgegruppen</i> <i>Følgegruppen vurderer, at kommunerne skal sende manuel indlæggelsesrapport, når det vurderes, at der er væsentlige ændringer, der skal orienteres om. Sygehusene kan ligeledes efterspørge oplysninger via en indlagt korrespondance. Der skal være fokus på dette i implementeringen af de reviderede forløb, så det sikres, at der allerede ved indlæggelsen leveres opdaterede oplysninger af høj kvalitet.</i>
Læsning af korrespon-dancer	Haderslev Kommune	Sygehus skal læse 7-15-23 ligesom kommunerne.	<i>Imødekommes delvis.</i> Det ændres gennem forløbene til "Imens patienten er til stede på sygehuset skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer én gang i døgnet".
Medcom-standarder	Esbjerg Kommune	Indholdet af standarderne for indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan samt udskrivningsrapport er oplistet som værende data, man bl.a. kan angive eller modtage. Er det nødvendigt at nævne de data, som fremgår af standarden? Revidering af forløbsbeskrivelserne følger ikke revision af standarderne. Kunne evt. være et bilag. I stedet bør nævnes det der skal angives.	<i>Imødekommes ikke.</i> Formuleringerne bibeholdes, da forløbene er tænkt som et arbejdsredskab, og derfor er det vigtigt, at handlingerne er anvisende. Den nyeste version af standarderne implementeres før de reviderede forløb for Sam:Bo. Tidsangivelserne (medio 2016) under indhold af standarderne er fjernet i forløb 3 og 4.
Medicin – FMK	Kolding Kommune	Gælder for alle områder omkring medicinliste at "såfremt man er på FMK, skal medicinliste ikke medsendes"	<i>Imødekommes.</i> Medicinliste skal ikke medbringes ved indlæggelse, men medgives ved udskrivelse i alle forløb. Det er ændret igennem forløbene. Borgeren/patienten medbringer ikke medicinliste til sygehuset, men sygehuset medsender en medicinliste, når borger/patient udskrives, med
	Esbjerg Kommune	Medicinlister indgår i flere forløb, men er ikke relevant. FMK er fuldt implementeret på sygehuse og i kommunerne og der kan og skal alle	

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		oplysninger hentes. Der er ikke længere printede medicinlister i borgernes hjem.	henblik på at sikre patientinddragelse.
		Det skal fremgå af behandlingsforløbene og ambulante forløb, hvornår FMK senest er opdateret efter udskrivelse eller efter borgeren har forladt ambulatoriet.	Imødekommes ikke. Der er nationalt fastsat en grænse på to timer fra udskrivelsestidspunktet til FMK skal være opdateret.
	PLO Syddanmark	Vedr. "Tidstro registrering" skal vi minde om, at ved udskrivelsen skal FMK "af suspenderes" via sygehuslæger/sygeplejersker, når patienten forlader sygehuset! Ofte går der flere uger inden vi kan bruge FMK regelret blot fordi sygehuset ikke har gjort sin pligt omkring FMK. Vi bruger meget tid på at ringe til den såkaldte "Hotline" telefon for at gøre opmærksom på at FMK skal "af suspenderes" ved den pågældende patient. Kan denne problemstilling ikke medtages i SAM-BO?	Imødekommes ikke. Det er ikke specifikt for Sam:Bo aftalen, og der ligger nogle nationale krav i forhold til, hvornår FMK skal være ajourført.
	Vejen Kommune	Vi har i forhold til psykiatrien oplevet problemer med at få rådgivning omkring medicinforhold efter udskrivelse fra behandlingspsykiatrien. Sygeplejerskerne har automatisk kontaktet behandlingspsykiatrien. Det har imidlertid vist sig, at behandlingsansvaret i nogle patientforløb har været videregivet/overdrage til enten lokal-psykiatrien eller borgerens egen læge. Det var derfor dem vi skulle kontakte. Det får vi imidlertid ikke oplyst ved udskrivelsen, hvilket vil være en stor hjælp. Et forslag er at det fremgår af udskrivningsrapporten. Problematikken går igen ved forløb over 48 timer.	Imødekommes ikke. Problemstillingen løftes i psykiatrien.
	Sygehus Sønderjylland	I forhold til beskrivelser vedr. medicinområdet kunne formuleringer være tydeligere nogle steder. F.eks. kan det overvejes at gøre brugen af FMK mere specifikt, så forventningerne i samarbejdet tydeliggøres. Herudover kunne det præciseres, at når der står medicinliste, at det handler om opdateret medicinliste. Medicin beskrives under følgende områder:	Imødekommes. Forløbene gennemgås med udgangspunkt i høringssvaret. Forløb 0 (0.2.1) – Tilføjes: Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK Forløb 2 (2.1.1 og 2.2.3) – Tilføjes: Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK. Forløb 3 (3.1.4 og 3.3.1) – Tilføjes: Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK.

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		0. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestueforløb (akut ambulant) 2. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante forløb. Her er der ikke nævnt noget krav til en medicinliste i forbindelse med en henvisning. 3. + 4. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb under/over 48 timer Punkterne: 3.1.4/4.1.4, 3.4.1/4.4.1, 3.4.5/4.4.2.	Forløb 4 (4.1.4) – Tilføjes: Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK. Medicinliste medgives ved udskrivelse – tilføjes i 3.4.2 og 4.4.2.
	PLO Syddanmark	Med hensyn til brug af FMK vil vi gerne henvise til Sundhedsloven d. 12/2 2015, stk. 3.6.2.1. Hvor det bl.a. er beskrevet, at det er lægerne på sygehuset, som ved udskrivelsen har ansvaret for at ordinere medicin via FMK, ajourføre FMK og tage stilling til evt. dosisdispensering og håndtering heraf. Ofte udskrives/afsluttes patienter fra sygehus/praktiserende speciallæge med besked i epikrisen om at egen læge skal ordinere/oprette bestemt medicin på FMK eller skrive recept. Den praktiserende læge har ikke ansvaret herfor, og vil ikke tage ansvaret herfor. Men meget gerne følge op på sygdomsforløbet under behørig hensyntagen til epikrisens tekst. Kan det pointeres lidt bedre i teksten i forslaget?	Imødekommes ikke. Det vurderes ikke at være en del af Sam:Bo aftalen.
Patientens behov	Esbjerg Kommune	"Patientens behov" bør alle steder ændres til "patientens funktionsniveau".	Imødekommes ikke. Det vurderes, at patientens behov ikke kan erstattes af patientens funktionsniveau, som vurderes ud fra patientens samlede ressourcer. Der er indsat en ny formulering i afsnit 2.1.3, 3.2.1 og 4.2.1: Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer.
Patienten i fokus	Esbjerg Kommune	Der er formuleringer om at "patienten er i fokus". Det nævnes ikke konsekvent som f.eks. 3.3.2, hvor det kun nævnes for patienter, der ikke er kendt i kommunen. Det burde være en selvfølge og bør udgå.	Imødekommes. "Det er vigtigt, at patienten er i fokus, og at aftalerne er til patientens bedste" slettes.
Patientgruppe	Sygehus Lillebælt	Når man ringer til kommunen og skal reetablere eller have oplysninger, så forventer kommunen, at sygehusmedarbejderen kender deres struktur-	Imødekommes ikke. Som udgangspunkt bør tingene foregå elektronisk. Der skal kun ringes i situationer, hvor den elektroniske understøttelse ikke kan dække

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		f.eks. at patienten er tilhørende i en bestemt gruppe på et plejecenter, for at de kan stille videre. Der er man ofte igennem utallige omstillinger. Kan man i oplysningerne fra kommunen om patienterne tydeliggøre patientgruppen hos dem, så vi med det samme kan sige dette, når vi ringer op.	det konkrete behov for kommunikation. Kontaktoplysninger til kommunerne kan findes på VisInfoSyd på Sundhed.dk.
Plejeforløbsplan	Faaborg-Midtfyn Kommune	Det er rigtig godt, at det tydeligt fremgår af plejeforløbsplanen, når der er NYT + dato.	Taget til efterretning.
	SOF OUH	Det er rigtig godt, at det tydeligt fremgår af plejeforløbsplanen, når der er NYT + dato.	
	Faaborg-Midtfyn Kommune	Vi ønsker, at tidspunktet for kvitteringer af plejeforløbsplaner ændres fra kl. 15:30 til 15:00, idet det er meget svært at komme i dialog med afdelingerne efter kl. 15:00.	Imødekommes ikke. I så fald vil være tale om en væsentlig ændring i aftalegrundlaget.
	Sydvestjysk Sygehus	I afsnit 4.3.1 står beskrevet, at "Kommunen sender en kvittering for plejeforløbsplanen senest 8 timer efter, at plejeforløbsplanen er modtaget". Ud over kvitteringen opfordres der til, at kommunen ligeledes sender et (ca.) tidspunkt for, hvornår borgeren kan forvente første besøg i hjemmet af hjemmeplejeren/ hjemmesygeplejersken. På denne måde sikres en tryk overlevering for borgeren.	Imødekommes. Det vurderes, at der er et behov for, at det beskrives, hvad kvitteringen fra kommunen skal indeholde i afsnit 4.3.1. Følgende tilføjes: Kvitteringen fra kommunen indeholder: • Om indholdet i plejeforløbsplanen er accepteret. Accepteres indhold/dele af indhold ikke, skal der angives begrundelse • Tidsangivelse for, hvornår kommunen forventer at komme i hjemme første gang (morgen, middag, aften, sen aften) • Evt. uddybende spørgsmål
Re-implementering	Odense Kommune	Det er helt nødvendigt, at der ved godkendelse af de 6 SAM:BO forløb afsættes ressourcer til re-implementering af forløbene og at dette blandt andet sker ved fælles undervisning på tværs af sektorerne. Og det er helt nødvendigt, at der aftales arbejdsgange og at der planlægges en grundlæggende undervisning i SAM:BO for medarbejdere, der arbejder med psykiatriløb såvel på sygehus som i kommuner. Og at denne undervisning planlægges og sker på tværs af sektorerne.	Taget til efterretning. Det er et opmærksomhedspunkt i udarbejdelsen af implementeringsplanen.

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Retningslinjer for almen praksis	PLO Syddanmark	Det kunne det være rart, om retningslinjer for Almen Praksis også bliver nævnt i SAM-BO. F.eks. ringer vi i dagtiden og vagttiden til AMK på telefonnummer 70 15 00 81 (og ikke 112) ved både behov for "behandlingskrævende", som "ikke behandlingskrævende" transport. Gælder også evt. siddende transport. Vi oplever f.eks. aktuelt, at der ændres i måden omkring brugen af AMK, uden at vi får noget at vide herom forinden og uden af vi i PLO-Syd/Lægevagten er taget med på råd. Hvis retningslinjerne bliver skrevet ind i SAM-BO, kan alle parter se, hvad der er aftalt.	Imødekommes ikke. Det vurderes ikke at være en del af Sam:Bo aftalen.
Samtykke	Esbjerg Kommune	Det er uklart hvem, der indhenter samtykke – sygehus eller kommune. Indhentning af samtykke er beskrevet i flere af forløbene.	Imødekommes. Det præciseres om det er kommune eller sygehus, der indhenter samtykke i afsnit 0.1.2, 0.1.3 og 2.1.3.
	Psykiatrien	Det bør fremgå af aftalen, hvordan parterne skal agere, når patienten ikke giver samtykke til udveksling af information og SAM:BO derved ikke kan overholdes – herunder hvordan notater som er modtaget, men som der ikke er samtykke til at læse, håndteres.	Imødekommes. I forløb 3 og 4 afsnit 3.1.3 og 4.1.3 tilføjes "Ved manglende samtykke: link" (til pjecen).
Skadestue-patienter	Esbjerg Kommune	Der har ikke tidligere været aftale om at skadestuen kan sende kendte borgere, med mindre ændringer hjem ved at sende en skadestuekorrespondance. Kommunen adviseres men kan ikke sige nej. Skal der etableres et beredskab?	Imødekommes ikke. Skadestuekorrespondancen skal være en del af det eksisterende beredskab, eksempelvis udskrivningsrapporter på kendte patienter. Der er tale om en præcisering af den eksisterende samarbejdsaftale.
		Der har heller ikke tidligere været aftale om at skadestuen og FAM kan sende kendte borgere hjem, hvor der er væsentlige ændringer i borgerens funktionsevne. Selvom Kommunen adviseres telefonisk, kan det give problemer. I de situationer, hvor kommunen ikke er i stand til at tage borger hjem fra FAM indenfor 48 timer, opretter sygehuset en færdigbehandlingsdato.	Imødekommes ikke. Det vurderes ikke at være anderledes end i forløbet under 48 timer. Der er indsat et nyt afsnit 0.2.4 med teksten for forløb 3: "i de tilfælde hvor patienten er færdigbehandlet og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage inden for 48 timer, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, opretter sygehuset en færdigbehandlingsdato gældende fra den efterfølgende dag". Afsnit 0.2.4 bliver til 0.2.5.
Service lov vs.	Sygehus Lillebælt	I kommunerne er der stor forskel på praktisk bistand (hjemmehjælp) kontra sygepleje (medicin,	Imødekommes ikke. Sygehuset aflyser ikke besøg, men sender information til kommunen om, at

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Sundhedslov		sår) og personlig hjælp – det kan måske for en basisedarbejder være svært at finde ud af, hvad der er hvad, også når man skal aflyse, hvis en borger indlægges.	borgeren/patienten opholder sig på sygehuset.
Subakutte ambulante patienter	Sygehus Lillebælt	Der er en side, der hedder: Indsatsen før evt. ambulans forløb eller indlæggelse og en der hedder ambulante patientforløb – vi har dog en gruppe på sygehuset, der hedder subakutte ambulante patienter. Det er medicinske patienter, som meldes til akut indlæggelse, men efter dialog med visitator ender med at få en subakut tid i speciallæge ambulatoriet dagen efter, da indlæggelse ikke nødvendigvis er bedste bud. For disse er der ingen beskrivelse. I dagtid på hverdage vil vi rigtig gerne, at praktiserende læge blot ringer til vores ambulatorium og kommer i dialog med speciallæge ved denne patient kategori, således at disse patienter får det rette forløb hos os fra starten af. Er det muligt at beskrive dette?	Imødekommes ikke. En subakut patient i et ambulatorium hører under Ambulant forløb
Telefonisk kontakt	Sydvestjysk Sygehus	Der opfordres til, at så meget som muligt af den tværgående kommunikation foregår elektronisk (Eks. i afsnit 2.2.3 og 3.3.1 foreslås kommunikation via korrespondance i stedet for telefonisk kontakt efter kl. 15.00). I de enkeltstående tilfælde, hvor det er nødvendigt at tage telefonisk kontakt, er det vigtigt, at kontakttelfonnumrene i de forskellige sektorer så vidt muligt er døgnbemandede.	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Imødekommes. Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen vurderer, at det er hensigtsmæssigt, at der ikke ringes bl.a. af patientsikkerhedshensyn.</i>
	Sygehus Lillebælt	I forhold til samarbejdet vedr. skadestue ptt. Her skal vi ofte have kontakt på mange tider af døgnet. I dag har kommunerne telefontid – i det nye materiale ser det ud til, at dette er afskaffet – er det korrekt?	Det er afskaffet på vanlig hjælp og ved sygeplejefaglige opgaver
Tidsangivel-	Esbjerg Kommune	Der skal altid sendes korrespondancer til kommunen, men skal der iværksættes noget inden næste	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
ser / frister		læsning (kommunen læser kl. 7.00 – kl. 15.00 – kl. 23.00 alle dage), tages der telefonisk kontakt. Dette erstatter den opdeling, der er beskrevet flere steder (hverdage kl. 8:00 – 15:00 og efter kl. 15:00 samt weekender og helligdage) og som ikke er korrekt.	Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. <i>Imødekommes. Svar fra Følgegruppen Følgegruppen vurderer, at det er hensigtsmæssigt, at der ikke ringes bl.a. af patientsikkerhedshensyn.</i>
	Esbjerg Kommune	Ved de fleste forløb er der et punkt (...4) med hvor tit sygehus og kommune læser korrespondancer. Kunne det ikke stå som generel oplysning i stedet for under hvert forløb.	<i>Imødekommes ikke.</i> Det er bevidst, at det er beskrevet under hvert forløb, da den enkelte sundhedsperson ikke nødvendigvis arbejder med alle forløb i Sam:Bo. Det er vigtigt, at forløbet kan anvendes som et arbejdsredskab for den enkelte medarbejder.

Forløb 0. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant)

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Skadestueforløb – akut ambulant	Overskrift	Sygehus Sønderjylland	Den foreslåede overskrift: Kommunikation og samarbejde vedr. skadestueforløb (akut ambulant) samt afgrænsning: skadestueforløb og skadeklinikforløb, bør overvejes ændret, da den kan være misvisende. Et forslag kan være, at overskriften ændres til: Kommunikation og samarbejde ved akut ambulant forløb. En ændring af overskriften vil gøre brugeren opmærksom på, at der kan være tale om andet end skadestueforløb. Afgrænsning: Sygehus Sønderjylland oplever, at akut ambulant forløb ikke kun drejer sig om forløb i skadestue eller skadeklinik, det kan også dreje sig om forløb i FAM.	Imødekommes ikke. Akut ambulant er lig et skadestuebesøg, som kan foregå på en skadestue eller FAM.
Det kommunale omsorgssystem	Overskrift	Aabenraa Kommune	Patienter, der er kendt i det kommunale fagsystem. Undgå at skrive "det kommunale omsorgssystem".	Imødekommes ikke. Betegnelsen er videreført fra de tidligere Sam:Bo forløb.
Skadestue FAM	Generelt	PLO Syddanmark	Vedr. borgers/kommunes/lægers kontakt til Skadestuen/FAM skal det pointeres, at der skal ringes til Visitationen for skadestuen først for at få en tid i Skadestuen. I dagtiden er det sygeplejersker eller egen læge som visiterer og efter kl 16 og i weekends/helligdage er det Lægevagten som visiterer til Skadestuen. Vedr. FAM er det lægen som kontakter visitator/flowmaster til FAM m.h på ambulant forløb eller indlæggelse. Det er vigtigt, at Skadestue og FAM beskrives som to uafhængige instanser.	Imødekommes. Teksten ændres til: Borger/kommune skal ringe til skadestuen inden besøg. Det øvrige indhold i høringsvaret vurderes at vedrøre interne arbejds-gange, som ikke har betydning for det tværsektorielle samarbejde.
Skadestue-patienter	Generelt	Esbjerg Kommune	Det er praksis at borgere, der kommer på skadestuen opholder sig på syge-	Imødekommes ikke. Der henvises til afsnit 0.1.3, hvor dette håndteres.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			huset uden at blive indlagt ("Skadestuepatienter"). Kommunen ved derfor ikke, hvor borgeren er – hjemme eller på Skadestuen, hvilket har betydning i forhold til leverancer hos kendte borgere. Denne problematik er ikke berørt i de reviderede forløb.	
Væsentlige ændringer – tyngde	Generelt	Esbjerg Kommune	Begrebet "tyngde" anvendes, men det kan være mange ting og bør udgå. Findes ikke i nøgleordslisten.	Imødekommes. Der henvises til nøgleordslisten, hvor det er indskrevet under væsentlige ændringer.
Genoptræningsplan	Generelt	Odense Kommune	Under kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen bør der også nævnes evt. udfærdigelse af genoptræningsplan.	Imødekommes. Det fremgår af forløb 0, at en evt. genoptræningsplan medsendes.
Psykiatrisk skadestue	Generelt	Tønder Kommune	Det kan godt gøres tydeligere, at forløb 0 også omfatter psykiatrisk skadestue.	Imødekommes. De steder, hvor der står FAM ændres til FAM/PAM. PAM beskrives i nøgleordslisten.
Kommunikation	Generelt	Vejle Kommune	Der ønskes vedr. borgere med ændring i funktionsniveau eller borgere, der ikke er kendt i kommunen - fortsat fokus på, at den primære kontakt sker via MedCom-korrespondance eller pr. telefon til kommunens visitation, hverdage ml. 8-15.30. I akutte tilfælde uden for dette tidsrum kan kontakten gå til kommunens hjemmesygepleje via korrespondancer og/eller telefonisk henvendelse, jf. nuværende praksis og SamBo-forløb.	Det vurderes at være i overensstemmelse med det reviderede forløb.
Medicin - FMK	0.1.2	Faaborg-Midtfyn Kommune	Der står, at der medsendes evt. medicin og medicinliste. Medicinliste er erstattet af FMK.	Imødekommes. Medicinliste skal ikke medbringes ved indlæggelse, men medgives ved udskrivelse i alle forløb. Det er ændret igennem forløbene. Borgeren/patienten medbringer ikke medicinliste til sygehuset, men sygehuset medsender en medicinliste, når borger/patient udskrives, med henblik på at sikre patientinddragelse.
	0.1.2	SOF OUH	Det fremgår, at der medsendes evt. medicin og medicinliste. Medicinlisten foreslås fjernet, idet den er erstattet af FMK.	
	0.1.2	Vejle Kommune	I samme afsnit står der "Der med-	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			sendes evt. medicin og medicinliste samt om nødvendigt et Sæt tøj og" – Efter overgangen til FMK mener vi ikke det er nødvendigt at medsende medicinlisten. Vi overvejer aktuelt udelukkende, at overgå til elektroniske medicinlister. Bliver det en realitet, skal vi ekstra udprinte en medicinliste, og medsende borgerne ved indlæggelse, hvilket vil være en ekstra opgave. Endelig er der de tilfælde hvor vi ikke er til stede, når borgeren indlægges. Her kan vi ikke kan medsende listen.	
	0.1.2	Kolding Kommune	Medicinliste skal medsendes, såfremt man ikke er på FMK. Ændring i tekst ønskes.	
Relevante oplysninger	0.1.2	SOF og PSOF Sønderjylland	"Hvis" i afsnit 2 bør udgå, da kommunerne formodes altid at have relevante oplysninger.	Imødekommes. "Hvis" slettes.
	0.1.2	Tønder Kommune	"Hvis" i afsnit 2 bør udgå, da kommunerne formodes altid at have relevante oplysninger.	
	0.1.2	Sygehus Sønderjylland	"Hvis" i afsnit 2 bør udgå, da kommunerne formodes altid at have relevante oplysninger.	
	0.1.2	Vejen Kommune	Afsnit 0.1.2 står der "Hvis kommunen har relevante oplysninger, indhentes samtykke til Informationsudveksling, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via skadestuekorrespondance. Vedr.: " - Vi foreslår at der efter "skadestuekorrespondance" kommer til at stå "fra kommunen". Så det er entydig hvem der sender.	Imødekommes ikke. Det vurderes at være tydeligt i forløbet.
Læsning af korrespondance	0.1.3	Aabenraa Kommune	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset løbende..... Hvor ofte er løbende?	Imødekommes. "Løbende" slettes.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	0.1.3	Faaborg-Midtfyn Kommune	"Imens patienter er til stede på sygehuset skal sygehuset løbende læse korrespondancer fra kommunen, når patienten/borgeren er i fokus" - dette bør flyttes til afsnit 0.2.4	Imødekommes. Sætningen flyttes til afsnit 0.2.5 pga. tilføjet afsnit 0.2.4.
	0.1.3	SOF OUH	Det fremgår, at "Imens patienter er til stede på sygehuset skal sygehuset løbende læse korrespondancer fra kommunen, når patienten/borgeren er i fokus" - dette foreslås flyttet til afsnit 0.2.4	
	0.1.3	Vejen Kommune	I samme afsnit står der i andet sidste afsnit "Imens patienter er til stede på sygehuset, skal sygehuset løbende læse korrespondancer fra kommunen..." – det giver rigtig god mening. Dog stemmer det ikke overens med teksten i afsnit 0.2.4 hvor der står at sygehuset læser korrespondancer minimum én gang i døgnet, hvilket vi i øvrigt synes er i underkanten.	Imødekommes. Det ændres gennem forløbene til "Imens patienten er til stede på sygehuset skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer én gang i døgnet".
	0.2.4	Vejen Kommune	I afsnit 0.2.4 står der at "Sygehuset læser korrespondancer minimum én gang i døgnet" – jf. 0.1.3 så står der at sygehuset løbende læser korrespondancer. Der bør være overensstemmelse mellem afsnit 0.1.3 og 0.2.4. I øvrigt så tænker vi at, frekvensen for at læse elektroniske beskeder (korrespondancer) bør være højere på sygehuset, hvis vi i kommunen skal være sikre på at sendte korrespondancer bliver læst tids nok.	
	0.2.4/0.2.5	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at sygehuset læser korrespondancer samme antal gange i døgnet som kommunen (3 gange).	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Patienten i fokus	0.1.3	SOF og PSOF Sønderjylland	I 3. afsnit bør formuleringen omkring patienten/borgeren i fokus (bør) ændres.	Imødekommes. Teksten omformuleres og flyttes til afsnit 0.2.5.
	0.1.3	Sygehus Sønderjylland	I 3. afsnit bør formuleringen omkring patienten/borgeren i fokus (bør) ændres.	
Aflysning af kommunale besøg	0.1.3	Psykiatrien	I 1. afsnit angives at "Sygehuset skal sikre aflysning ...". Sygehuset er i den situation ikke altid vidende om, at patienten modtager kommunale besøg og patienten kan være ude af stand til at afgive disse oplysninger.	Imødekommes. Teksten ændres til: Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende via kontaktoplysninger på VisInfoSyd på Sundhed.dk.
	0.1.3	Sygehus Sønderjylland	1. afsnit, står: Sygehuset skal sikre aflysning af planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen. Bør omformuleres – vi kan kun give besked, hvis vi er vidende om, at patienten har en aftale med kommunen i det tidsrum.	
	0.1.3	Vejlen Kommune	Afsnit 0.1.3 står der "Sygehuset skal sikre aflysning af planlagte kommunale besøg i det tidsrum hvor patienten er i skadestuen" – Det kvitterer vi for, dog kan det med fordel fremgå, hvordan skadestuen aflyser kommunens besøg. Gøres det ved at ringe på eksempelvis akutnummeret?	Imødekommes. Det tilføjes, at kommunen kontaktes via kontaktoplysninger på VisInfoSyd på Sundhed.dk.
	Generelt	SOF OUH	Der gøres opmærksom på, at skadestuepersonalet ikke har mulighed for at afmelde planlagte kommunalt besøg med mindre pt selv oplyser, at der kommer et besøg. I stedet foreslås det at fremhæve, at personalet i skadestuen skal være opmærksom på at sende en korrespondancemeddelelse eller ringe til kommunen hvis der bliver behov for et opfølgende besøg af	Imødekommes ikke. Det vurderes, at der er tale om to forskellige ting, der ikke kan sidestilles. Tilføjjelsen af at sikre aflysning af planlagte kommunale besøg er en optimering af forløbet. Sygehuset har en aktiv rolle i at sikre, at der ikke er uhensigtsmæssige forløb i kommunen, men teksten er omformuleret for at undgå misforståelser.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			kommunen efter skadestuekontakten.	
VisInfoSyd – sundhed.dk	0.1.3	Sygehus Sønderjylland	Afsnit 4.: VisInfoSyd bør slettes, da det er erstattet af Sundhed.dk. Evt. sættes link ind til den pågældende side på Sundhed.dk.	Imødekommes ikke. Region Syddanmark anvender formuleringen VisInfoSyd på Sundhed.dk
Tydeliggørelse af afsender	0.2.1	Vejen Kommune	Afsnit 0.2.1 står der under "Patienter der er kendt i kommunen", at "Er der alene behov for Sygeplejefaglige indsatser, sendes en skadestuekorrespondance" – for at hjælpe læseren kunne det med fordel nævnes, at det er sygehuset, som sender korrespondancen.	Imødekommes. Det tilføjes, at det er sygehuset, der sender korrespondancen.
	0.2.1	Vejen Kommune	I samme afsnit under "Patienter der ikke er kendt i kommunen", kunne det fordel fremgå, at det er sygehuset som sender en skadestuekorrespondance for at dokumentere aftalerne. Det hjælper læseren.	Imødekommes. Det tilføjes, at det er sygehuset, der sender korrespondancen.
Støttestrømper	0.2.1	Sønderborg Kommune	Støttestrømper anbefales ændret til kompressionsstrømper.	Imødekommes. Det ændres til kompressionsbehandling.
Patientens / borgerens kontakt til kommunen	0.2.2	Psykiatrien	Formuleringen om, at patienten eller pårørende selv skal tage kontakt til kommunen bør gradueres, så formulering er med udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk (kommentaren er også gældende for forløb 2 og 3).	Imødekommes. Der tilføjes:, hvis det vurderes, at patientens ressourcer, egenomsorgsevne samt netværk kan håndtere dette. Samme sætning er tilføjet i forløb 2, 3 og 4.
Besked til kommunen, når patienten forlader sygehus	0.2.3	Sygehus Sønderjylland	Under punkt 0.1.3, 1. afsnit, står: <i>Sygehuset skal sikre aflysning af planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen.</i> I punkt 0.2.3 kunne det overvejes at tilføje, at sygehuset skal give besked til kommunen, når patienten forlader sygehuset.	Imødekommes ikke. Det vurderes at være op til en faglig vurdering, hvornår sygehuset skal give kommunen besked om dette.
Forsendelsestid	0.2.4	Aabenraa	Beskeden kan i værste fald være op til	Imødekommes ikke. Beskeden kan i normal

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		Kommune	2 timer om at nå frem til modtageren - Ikke 1 time, som beskrevet i notatet.	drift komme frem på en time. Hvis dette ikke er muligt for nogle kommuner, skal de se på deres indlæsning af EDI trafik.
	0.2.4	Vejen Kommune	Endelig så præciseres det i afsnit 0.2.4 at der skal være opmærksomhed på, at der kan gå op til 1 time for beskederne at nå frem – det er længe, så er der ikke mulighed for at det forkortes?	Imødekommes ikke. Det er det enkelte system mellem kommune og sygehus, der afgør dette.
Skadestuekorrespondance	0.2.4	Varde Kommune	Hvis Kommunen kontaktes pr. telefon dokumenteres det også i en skadestuekorrespondance. Dermed har kommunen dokumentationen.	Imødekommes ikke. Det fremgår af afsnit 0.2.4, at der er afsendt en korrespondance fra sygehuset. Under afsnit 0.2.3 tilføjes "og aftaler sendes i en skadestue korrespondance".

Forløb 1. Indsatsen før evt. ambulant forløb eller indlæggelse

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Forebyggende hjemmebesøg / Opsøgende hjemmebesøg	1.0	Faaborg-Midtfyn Kommune	Jf. gældende lov om forebyggende hjemmebesøg skal ændres til Serviceloven § 79 a.	Imødekommes. Teksten ændres til "jf. gældende lovgivning".
	1.0	SOF OUH	Jf. gældende lov om forebyggende hjemmebesøg skal ændres til Serviceloven § 79 a.	
	1.0	Vejen Kommune	I afsnit 1.0 står der at "...forebyggende tiltag, herunder eksempelvis forebyggende hjemmebesøg, én gang årligt hos ..." – såfremt der tænkes på de opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre som i 1.2.2, så vil det af forståelsesmæssige årsager være godt at der står det samme. Der er også ydelsen "Opfølgende hjemmebesøg" efter udskrivelsen, men det ser ikke ud til at det er den ydelse der tænkes på?	Imødekommes. Teksten omformuleres, sådan at der henvises til de forebyggende hjemmebesøg i kommunalt regi.
Det kommunale omsorgssystem	1.1.3	Aabenraa Kommune	Ovenstående dokumenterede i borgerens journal: Ændres til kommunens omsorgssystem.	Imødekommes. Teksten ændres til "Overstående dokumenteres i kommunens elektroniske omsorgsjournal".
	1.1.3	SOF og PSOF Sønderjylland	I afsnit 6 bør ordet "journal" erstattes af "omsorgssystem".	
	1.1.3	Tønder Kommune	I afsnit 6 bør ordet "journal" erstattes af "omsorgssystem".	
§2-aftale	1.2.2	Faaborg-Midtfyn Kommune	Opsøgende besøg skal ændres til opfølgende besøg, som der er en § 2 aftale om.	Imødekommes ikke. Formuleringen §2-aftale fjernes, da der er tale om et opsøgende hjemmebesøg jf. overenskomsten.
	1.2.2	SOF OUH	Opsøgende besøg skal ændres til opfølgende besøg, som der er en § 2 aftale om.	
	1.2.2	PLO Syddanmark	Vi skal gøre opmærksom på, at under punkt 1.2.2. skal der stå: "opfølgende besøg (§ 2 aftale herom)". Og ikke opsøgende besøg!	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Medicin – FMK	1.2.2	Kolding Kommune	Medicinliste skal medsendes, såfremt man ikke er på FMK. Ændring i tekst ønskes.	Imødekommes. Medicinliste skal ikke medbringes ved indlæggelse, men medgives ved udskrivelse i alle forløb. Det er ændret igen gennem forløbene. Borgeren/patienten medbringer ikke medicinliste til sygehuset, men sygehuset medsender en medicinliste, når borger/patient udskrives med henblik på at sikre patientinddragelse.
Orientering om ambulatoriebesøg	1.2.2	Esbjerg Kommune	Praktiserende læge og hjemmesygeplejen kan tage ... Under kommunikation ved ambulante forløb mangler en aftale om at kommunen ved kendte borgere orienteres om resultatet af ambulatoriebesøget.	Imødekommes ikke. Sygehuset orienterer kun kommunen, hvis der er ændringer i eller behov for kommunale ydelser. Det er op til patienten/borgeren, hvorvidt kommunen skal have øvrige oplysninger.

Forløb 2. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulant patientforløb

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Mest muligt elektronisk kommunikation	Generelt	Vejle Kommune	Umiddelbart ingen kommentar - dog ønskes at aftaler i videst muligt omfang laves via MedCom korrespondancer, dvs. et minimum af telefoniske henvendelser. Dette for at styrke dokumentationen og de konkrete aftaler på skrift.	Imødekommes ikke. Det vurderes at være i overensstemmelse med det reviderede forløb.
Recepter	Generelt	Kolding Kommune	Rart, hvis det i forbindelse med de ambulante forløb var mere præcist beskrevet omkring ansvar for recepter på medicin ordineret i ambulatorier. Så længe der er åbent forløb, er det vel ambulatorielægen, der har ansvar for at lave recepter. Ved afslutning overgår opgaven vel til egen læge?	Imødekommes ikke. Det er ikke en del af Sam:Bo aftalen at beskrive, hvem der har det lægelige ansvar.
Ambulante besøg	2.1	SOF OUH	Det foreslås, at det tydeliggøres, at ambulante besøg også kan handle om dagambulante forløb.	Imødekommes ikke. Der henvises til afgrænsningen.
Indkaldelse af borgeren	2.1.2	Psykiatrien	Ordet "information", kan med fordel erstattes af indkaldelse eller indkaldelsesbrev.	Imødekommes. Information ændres til "en indkaldelse".
	2.1.2	Tønder Kommune	Vi stiller os undrende overfor, at sygehuset inden for psykiatrien har 8 hverdage, før der skal sendes information til borgeren om første ambulant kontakt.	Imødekommes ikke. Det er somatikken, der gør det hurtigere end det lovmæssige krav.
Kontaktperson	2.1.3	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at kontaktperson ændres til sygehusets kontaktperson.	Imødekommes ikke.
Information til samtykke	2.1.3	Sydvestjysk Sygehus	"Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende...": her er det vigtigt, at det specificeres, hvilken type information, der skal udveksles med kommunen.	Imødekommes ikke.
Opmærksomhedspunkter	2.1.4	Arbejdsgruppen	Tilføjelse af dot - Evt. operationsforberedelse /opfølgning	Imødekommes. Det tilføjes.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Kommunikation til kommunen	2.2.1	Vejen Kommune	I afsnit 2.2.1 står der at "Kommunen orienteres hvis der er ændringer eller behov for kommunale indsatser" – Hvordan orienteres kommunen i det tilfælde at borgeren starter et ambulante forløb og vi har opgaver i den forbindelse har opgaver med at hjælpe borgeren? Får vi et telefonopkald eller en korrespondance, og er det ens for det somatiske og psykiatri området.	Imødekommes. Formuleringen ændres til "Kommunen orienteres via ambulante korrespondance, hvis der...."
	2.2.1	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at det præciseres, at kommunen orienteres via ambulante korrespondance.	
Særligt for psykiatrien	2.2.1	Arbejdsgruppen	Der ændres i teksten – særligt for psykiatrien slettes. Tilføjes: For psykiatriske patienter sendes der derudover også en behandlingsplan.	Imødekommes. Teksten ændres.
Indkøb	2.2.2	OUH	Indkøb: ordet skal måske ikke med. Vi hører rigtig tit, at kommunerne ikke hjælper med dette.	Imødekommes ikke. Det kan være en kommunal forpligtelse at bistå med indkøb.
Patientens / borgerens kontakt til kommunen	2.2.2	Psykiatrien	Formuleringen om, at patienten eller pårørende selv skal tage kontakt til kommunen bør gradueres, så formulering er med udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk (kommentaren er også gældende for forløb 2 og 3).	Imødekommes. Der tilføjes:, hvis det vurderes, at patientens ressourcer, egenomsorgsevne og netværk kan håndtere dette.
	2.2.2	Sygehus Lillebælt	Sygehusets sygeplejersker har nogle gange et behov for at kontakte kommunen direkte i forbindelse med at en patient har brug for hjælp i hjemmet. Det er uhensigtsmæssigt, hvis denne mulighed bortfalder for sygeplejerskerne, og hjælpen nu kun kan bestilles direkte af patienter og pårørende.	
Ændring af	2.2.4	Varde Kommune	Varde Kommune ønsker at sætningen,	Imødekommes. Kolonnerne samles, så det

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
behandlings- tidspunkt			"Såfremt behandlingstidspunktet ændres orienteres kommunen", gentages under Patienter, der ikke er kendt. Det bør måske endda udvides til "Såfremt behandlingstidspunktet ændres eller borgers funktionsniveau efter f.eks. operationen er anderledes end forventet orienteres kommunen". Hvis planerne for patienten ændres, skal der gives der rettidigt besked til kommunen.	fremgår under både kendte og ikke kendte patienter. Formuleringen ændres ikke, og der henvises til de sidste to afsnit under 2.2.4. Det er en gensidig forventning i samarbejdet, at den anden part kontaktes ved ændrede eller nye oplysninger.
	2.2.4	Vejen Kommune	I afsnit 2.2.4 står der nederst i kolonnen omkring patienter som er kendt i kommunen, at "Såfremt behandlingstidspunktet ændres orienteres kommunen" – igen kan der med fordel stå hvordan kommunen orienteres, korrespondance eller telefonisk.	Imødekommes. Formuleringen ændres til "kommunen orienteres vis ambulant korrespondance".
Ledsagelse og praktisk hjælp	2.2.4	Sydvestjysk Sygehus	I dette afsnit kan der med fordel tilføjes et afsnit "Ved behov for ledsagelse...", hvor der henvises til samarbejdsaftalen for praktisk hjælp og ledsagelse.	Imødekommes ikke, Forløbet skal ikke beskrive ledsagelse. Det står i samarbejdsaftalen for ledsagelse..., hvordan det skal håndteres.
Begrundelse for medicin- ændringer	2.2.4	Sydvestjysk Sygehus	Listen over løbende orienteringspunkter skal "Medicin/medicinændringer" inkluderes.	Imødekommes. Der tilføjes en dot med ordlyden: • Årsag til evt. medicinændring
Ændringer i patientens behov	2.2.4	Sønderborg Kommune	Sætningen "Er der planlagte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer f.eks. som følge af operation, aftales dette nærmere med kommunen via ambulant korrespondance forud for indgrebet" anbefales ændret til "Forventes der ændringer i patientens behov.....". Dertil anbefales det, at det præciseres, hvem der skal orientere kommunen.	Imødekommes ikke. Hvis begrebet forventes anvendes, vurderes der behov for en yderligere opfølgning fra sygehuset. Hvis det er planlagt, er det kun nødvendigt at sygehuset følger op, hvis der er ændringer i forhold til det planlagte.
Kvittering for	2.2.5	Sygehus Lillebælt	Generel kommentar: I de ambulante	Imødekommes ikke. Arbejdsgangen er

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
læsning af korrespondance			forløb har vi ofte brug for tæt samarbejde med hjemmeplejen til varetagelse af sårpleje eller administration af Fragmin. I disse tilfælde vil der blive sendt ambulant korrespondance, men vi modtager ikke, som aftalen er nu, accept af opgaven fra kommunerne. Er der planer om, at der i de ambulante forløb også skal etableres samme aftale som ved de indlagte? Her kan vi jo ikke effektuere en udskrivelse uden accept fra kommunen og med det sikre, at borgeren ikke tabes mellem 2 stole.	beskrevet i afsnittet.
Læsning af korrespondance	2.2.5	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at sygehuset læser korrespondancer samme antal gange i døgnet som kommunen (3 gange).	Imødekommes. Det ændres til "Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen".
Indsatser efter Serviceloven	Forslag om afsnit 2.2.6	Varde Kommune	Varde Kommune bemærker at ved behov for hjælp til indsatser efter serviceloven, som eks. rengøring, indkøb og tøjvask, og hvor patienten ikke tidligere har modtaget disse indsatser, skal patienten eller dennes pårørende selv kontakte kommunen herom.	Imødekommes ikke. Det fremgår af afsnit 2.2.2.
Epikrise	2.3.1	Psykiatrien	Kravene til epikrisens indhold, bør følge overskrifterne i den tværregionale retningslinje for dette på Sundhed.dk (kommentaren også gældende for forløb 3).	Imødekommes. Epikrisens indhold ændres, jf. den tværregionale retningslinje.
	2.2.1	SOF OUH	Det foreslås, at der anføres en tidsangivelse for fremsendelse af epikrisen til egen læge, med den allerede aftalte frist på 3 dage.	Imødekommes. Teksten ændres til "Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål". Det ændres i forløb 2, 3 og 4.
	2.3.1	Sygehus Lillebælt	Medicinstatus? Menes der en opdatering af FMK? Dette bør præciseres.	Givet videre til Praksisenheden

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	2.3.1	Sygehus Lillebælt	Vedr. begrebet "Dikterende læge": Det kan vel stadig også være en sygeplejerske, som har set patienten? Dette bør præciseres.	Imødekommes. Det ændres til "Udarbejdet af" i forløb 2, 3 og 4.
Genoptræningsplan	2.3.1	Sydvestjysk Sygehus	Specificere, at genoptræningsplanen fremsendes som elektronisk kopi.	Imødekommes ikke. Det ligger implicit, at det foregår elektronisk.

Forløb 3. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb under 48 timer

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Epikrise	Generelt	Esbjerg Kommune	Det er problematisk at epikriser først sendes på tredje hverdag. Kommunen bliver formidlere af behandlingsoplysninger fra sygehus til egen læge, som ikke altid går ind i problemstillingen, da de ikke har modtaget en epikrise.	Imødekommes ikke. De tre hverdage sygehuset har til at sende epikriser til egen læge er nationalt fastsat, jf. nøgleordlisten (Sundhed.dk).
	3.4.5	Esbjerg Kommune	Beskrivelsen af epikrisen er forskellig under de to forløb (3.4.5 og 4.4.5)	Imødekommes. Beskrivelsen ensrettes i de to forløb.
	3.4.5	Psykiatrien	Kravene til epikrisens indhold, bør følge overskrifterne i den tværregionale retningslinje for dette på Sundhed.dk (kommentaren også gældende for forløb 3).	Imødekommes. Det ændres i forløb 3 og 4.
Ikke-kendte borgere under 48 timer	Generelt 3.3.1 og 3.3.2	Varde Kommune	Med den reviderede beskrivelse af behandlingsforløb under 48 timer vil der ske en væsentlig opgaveoverdragelse til kommunerne. Det er nu ikke kun kendte borgere i kommunerne, men alle borgere. Dette betyder, at kommunerne fremover kan blive nødsaget til at have personale på arbejde i Visitationen i weekenden. Det vil stille ekstra krav til alle kommunale leverandører. Det er en ny opgave i kommunen, at der lægges op til at vi fremover også skal tage imod ikke kendte borgere og kendte borger med væsentlige funktionsændringer. Det kan medføre, at kommunen i højere grad skal stille et beredskab til rådighed, der kan håndterer disse opgaver, det vil yderligere lægge pres på den kommunale udgift.	Der er anmodet om statistiske tal fra Varde kommune/Sydvestjysk sygehus, men det har ikke været umiddelbart muligt, da man ikke kan erindre hvornår man haft denne type patient sidst, hverken på sygehus eller kommunal side. Det har ikke tidligere fremgået tydeligt i SAM:BO, hvordan disse patienter skal håndteres. Det mener arbejdsgruppen nu er præciseret i den revideret udgave. Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Imødekommes ikke. Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen er enig i, at der ikke er tale om en ændring af det oprindelige aftalegrundlag. Ambitionen er at præcisere, at det er</i>

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
				<i>tidsperspektivet, der er afgørende og ikke, om borgeren er kompleks eller ej. Det vurderes desuden, at der vil være tale om meget få patienter.</i>
Medsendelse af medicin	3.4.1	Varde Kommune	Varde Kommune ønsker, at den eksisterende aftale om, at der skal medsendes medicin til minimum første hverdagsdøgn ved både de kendte og de ukendte fastholdes. Det er vigtigt, at patienter/pårørende skal kunne nå at hente medicinen på apoteket. Sygehuset sikrer, at recepterne er lavet.	Det er en lokal aftale. Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. <i>Imødekommes ikke. Svar fra Følgegruppen Følgegruppen vurderer, at Følgegruppen ikke har mandat til at skrive ind i SAM:BO, hvor meget medicin borgeren gives med hjem efter indlæggelse. Det skal afgøres på et andet ledelsesmæssigt niveau. Der er udviklingspotentiale på dette område. Der kan udarbejdes lokalaftaler. Kommunerne kan evt. monitorere på, ressourceanvendelsen i de tilfælde, hvor der ikke gives tilstrækkelig medicin med hjem. Dette kan løftes i SOF'erne.</i>
Hjælpemidler og APV-forhold		Varde Kommune	Varde Kommune ønsker, at der sættes særlig opmærksomhed på hjælpemidler og APV forhold.	<i>Imødekommes ikke.</i> Der vurderes at være fokus på hjælpemidler i Sam:Bo.
Indlæggelsesrapport	3.1.3	Aabenraa Kommune	Den automatiske indlæggelsesrapport skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport indenfor 8 timer: Er det nødvendigt at komme med tilføjelser, eller kan ingen tilføjelser være årsag til at der ikke er nyt i sagen.	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. <i>Imødekommes.</i>

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	3.1.3	Esbjerg Kommune	Hvad er baggrunden for at kommunen igen skal sende supplerende indlæggelsesrapporter på alle indlagte, også selvom der ikke er noget at tilføje til den automatiske? Der skal nu sendes supplerende indlæggelsesrapporter på alle, der indlægges, hvor vi tidligere kun skulle sende såfremt, der var tilføjelser eller ændringer. Det vurderes at det betyder 20 % flere indlæggelsesrapporter.	Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen vurderer, at kommunerne skal sende manuel indlæggelsesrapport, når det vurderes, at der er væsentlige ændringer, der skal orienteres om. Sygehusene kan ligeledes efterspørge oplysninger via en indlagt korrespondance. Der skal være fokus på dette i implementeringen af de reviderede forløb, så det sikres, at der allerede ved indlæggelsen leveres opdaterede oplysninger af høj kvalitet.</i>
	3.1.3	Sygehus Lillebælt	Manuel rapport inden for 8 timer sker ret ofte. Hvorfor skal der udfyldes to rapporter? Det fylder utrolig meget i den elektroniske journal.	
	3.1.3	Varde Kommune	Den manuelle indlæggelsesrapport sendes kun, hvis der er ændringer/tilføjelser til den automatiske. Vi skal have en mere Lean-orienteret arbejdsgang end den beskrevne. Særligt for psykiatrien. Her har vi ikke mulighed for at sende navn/tlf. nr. på støttekontaktperson, udeaktiviteter osv., da vi ikke har disse oplysninger. Men måske menes der Behandlingspsykiatri med "Psykiatri" og ikke Socialpsykiatri? Bør også være mere specifik Vedrørende manuel indlæggelsesrapport. Skal kun suppleres når dette er relevant.	
	3.1.3	Vejen Kommune	I afsnit 3.1.3 står der at "Den automatiske indlæggelsesrapport skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport indenfor 8 timer" og "Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, noteres dette i den manu-	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			elle indlæggelsesrapport" – Når alle overgår til nye MED COM standarder, sender alle kommuner en automatisk indlæggelsesrapport, når der er modtaget en indlæggelsesadvis. Da det foregår automatisk formoder vi at den sendes umiddelbart efter modtagelsen af indlæggelsesadvisen. Derfor at en frist på 8 timer for afsendelse vel overflødig? Det vurderes derfor ikke at være nødvendigt at sende en manuel indlæggelsesrapport, medmindre der er oplysninger som ikke er kommet med i den automatiske. Derfor bør formuleringen omkring de manuelle indlæggelsesrapporter være "kan" og ikke "skal". Hvis det er nogle bestemte data sygehuset har brug for i den manuelle indlæggelsesrapport, bør det fremgå i forløbet.	
	3.1.3	Sønderborg Kommune	Det vurderes ikke hensigtsmæssigt, at kommunen skal sende en efterfølgende manuel indlæggelsesrapport, såfremt der ikke er ændringer i forhold til den automatiske indlæggelsesrapport. Dette giver både ekstra arbejde i kommunen og på sygehuset.	
	3.1.3	Faaborg-Midtfyn Kommune	Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den ønskes ændret til: det noteres i den manuelle indlæggelsesrapport, hvis der ingen ændringer er i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport eller hvis kommunen ikke har været involveret i indlæggelsen.	Imødekommes ikke. Det vurderes, at der ikke skal kommunikeres om tilstedeværelse af kommunen.
	3.1.3	OUH	Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt indlæggelsesrapport,	Imødekommes. Det ændres i forløb 3 og 4.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			skal det tydelig angives med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.	
	3.1.3	Vejen Kommune	I samme afsnit stå der under "Indlæggelsesrapporten oplyser bl.a.", medicinoplysninger/CAVE – hvis ordinationerne i FMK er i orden, så bør alle medicinoplysninger stå her, så det bør præciseres hvilke medicinoplysninger der ønskes medsendt i indlæggelsesrapporten, af hensyn til fortolkningen.	Imødekommes. 3.1.3 og 4.1.3 ændres til: Lokale medicinoplysninger/CAVE • seneste administration af depot • PN administrationer inden for de sidste 24 timer • Medicinsvigt • dosisdispensering
	3.1.3	Sønderborg Kommune	Sønderborg Kommune kan være i tvivl om hvorvidt der IT-mæssigt kan leves op til at skulle levere de ønskede oplysninger til psykiatrien.	Imødekommes ikke. Hvis oplysningerne ikke kan hentes automatisk ind IT-teknisk er det en manuel arbejdsgang.
Telefonisk kontakt	3.1.3	Sygehus Lillebælt	Det virker som om, at vi skal ringe mere til hjemmeplejen/sygeplejen. Det ville være godt, hvis hjemmeplejen var bedre til at oplyse telefonnumre og gøre dem tilgængelige.	Imødekommes ikke. Der opfordres til at tage kontakt til de kommuner, hvor der er udfordringer i forhold til telefonnumre. Kontaktoplysninger til kommunerne kan findes på VisInfoSyd på Sundhed.dk.
Særligt for psykiatrien	3.1.3	Psykiatrien	Punkterne angivet som "Særligt for psykiatrien", bør inddrages i en samlet punktopstilling. Navn på Sundhedsfaglig kontaktperson bør omformuleres til "Navn og telefonnummer på ..." (kommentaren også gældende for forløb 4).	Imødekommes. Særligt for psykiatrien fjernes. Teksten ændres til: Lokale medicinoplysninger/CAVE • seneste administration af depot • PN administrationer inden for de sidste 24 timer • Medicinsvigt • Dosisdispensering Under indlæggelsesrapport, udskrivningsrapport og plejeforløbsplan tilføjes en linje i forløb 3 og 4 "Medicinoplysninger findes i FMK". Medicinsvigt defineres i nøgleordslisten.
Medicin - FMK	3.1.3	Faaborg-Midtfyn	Medicinoplysninger findes i FMK. Dog er der mulighed for at sende oplysninger om lokale ordinationer jf. hjemme-sygehusstandarder version 1.0.3. (gælder for begge kolonner)	Imødekommes. Det ændres til lokale medicinordinationer i forløb 3 og 4.
	3.1.3	SOF OUH	Medicinoplysninger findes i FMK. Det	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			foreslås tilføjet, at der er mulighed for at sende oplysninger om lokale ordinationer jf. hjemme- sygehusstandard version 1.0.3 (gælder for begge kolonner)	
	3.1.3	Kolding Kommune	Der bør fremgå at såfremt man er på FMK, skal medicinliste ikke medsendes	Imødekommes. Medicinliste skal ikke medbringes ved indlæggelse, men medgives ved udskrivelse i alle forløb. Det ændres igennem forløbene. Borgeren/patienten medbringer ikke medicinliste til sygehuset, men sygehuset medsender en medicinliste, når borger/patient udskrives, med henblik på at sikre patientinddragelse.
	3.1.4	Aabenraa Kommune	Medicinskemaer vil, i forhold til implementering af FMK, udgå. Al information om medicin vil herefter ske via FMK.	
	3.1.4	Faaborg-Midtfyn	Oplysningerne vedr. medicin findes i FMK	
	3.1.4	SOF OUH	Oplysningerne vedr. medicin findes i FMK.	
	3.1.4	Nordfyns Kommune	Patienten medbringer medicin og medicinskema – Patienterne fortæller, at pårørende ofte bliver bedt om at tage medicin, der ikke er doseret med retur igen. Medicinsedlen er vel ikke længere nødvendig med FMK? Mange udskriver slet ikke medicinsedler på papir mere.	
	3.1.4	Vejlen Kommune	I afsnit 3.1.4 står der at "Patienten medbringer medicin, medicinskema ..." – FMK leverer medicinoplysninger. Vi vil fremadrettet måske ikke have papirudgaver af medicinlisten og har så ikke én at sende med borgeren.	
	3.1.4	Haderslev Kommune	3.1.4 Der står at Patienten medbringer medicinliste – er det aktuelt når vi har FMK ?	
	3.1.4	SOF OUH	Det fremgår, at patienten skal medbringe medicinskema til sygehuset, hvilket vel ikke er nødvendigt, efterhånden som alle kommer med på FMK. Målet er, at der kun arbejdes i FMK,	Imødekommes ikke. Epikrisen skal på nuværende tidspunkt indeholde medicinoplysninger, jf. nationale krav.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			men vær opmærksomme på, at den ikke rummer historikken, derfor foreslås en tilføjelse, at medicinen også skal fremgå af epikrisen.	
Udskrivningsrapport	3.3	Sygehus Lillebælt	Ved indlæggelser under 48 timer, OG hvor der ikke sker ændringer i forhold til vanlig hjælp, synes det at være en overflødig arbejdsopgave, at der skal laves udskrivningsrapporter. Ved udskrivelsen går der jo automatisk avis til kommunen om dette? Opgaven med en udskrivningsrapport er forholdsvis større end udarbejdelse af en forløbsplan, som kan sendes allerede ved indlæggelsen, indeholdende oplysningen om indlæggelsen, plan for behandling og hjemsendelse igen.	Imødekommes ikke. Det er grundlæggende, at der sendes en udskrivningsrapport ved udskrivning.
	3.3.1	Faaborg-Midtfyn Kommune	Det ønskes tilføjet, at udskrivningsrapporten sendes, når patienter forlader sygehuset.	Imødekommes ikke. Der henvises til 3.4.2, da samarbejdsaftalen skal ses i en sammenhæng.
	3.3.1	SOF OUH	Det ønskes tilføjet, at udskrivningsrapporten sendes senest, når patienter forlader sygehuset	
	3.3.5	Faaborg-Midtfyn Kommune	Her ønskes tilføjet, at færdigbehandlingsdato dokumenteres i udskrivningsrapporten.	Imødekommes. Det tilføjes under 3.3.3. Det fremgår endvidere af 3.4.2, at alle datoer skal fremgå af udskrivningsrapporten.
	3.4.2	Esbjerg Kommune	Det bør præciseres at udskrivningsrapporten skal indeholde resultat af udredning, behandlingsplan og evt. beskrivelse af fortsat udredningsplan.	Imødekommes ikke. Der må kun videregives de oplysninger til kommunen, der er relevante for, at kommunen kan varetage opgaverne hos patienten/borgeren. Det er vigtigt, at patienten/borgeren er inddraget og selv beslutter, hvad der skal videregives af oplysninger til kommunen.
Sygeplejefaglige indsatser	3.3.1	Faaborg-Midtfyn Kommune	Støttestrømper bør ændres til kompressionsbehandling.	Imødekommes. Det rettes i forløb 0, 2 og 3.
	3.3.1	SOF OUH	Støttestrømper bør ændres til kompressionsbehandling	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	3.3.1	Vejen Kommune	I afsnit 3.3.1 angives hvilke sygeplejefaglige indsatser det kan handle om – jf. MEDCOM standarderne, kan der vedhæftes filer. Det kunne være rigtig fint, hvis sygehuset vedhæfter instruks/vejledning for opgaven. Det kunne med fordel fremgå af forløbet at det var det sygehuset gjorde.	Imødekommes delvis. Der tilføjes en dot i afsnit 3.4.2 og 4.4.2: instruks og vejledninger kan medsendes som link.
Plejeforløbsplan	3.3.1	Aabenraa Kommune	Kan det ændres til, at der også udarbejdes en plejeforløbsplan i forbindelse med sygeplejefaglige tiltag. Hvad med de tungere sygeplejefaglige tiltag, hvor der stadig kun er sygepleje der indsendes såsom iv, eller sondeernæring.	Imødekommes ikke. Der er tale om situationer, som ikke forekommer særligt ofte og som derfor ikke bør medføre ændring i anvendelsen af plejeforløbsplanen, da borgeren ofte også vil have behov for hjælp via Serviceloven.
	3.3.2	Varde Kommune	Varde Kommune ønsker, at hvis der er væsentlig ændring i hjælpebehov, skal sygehuset beskrive dette i en plejeforløbsplan (aftale under punkt 4). Da det er vores mulighed for at agere filter og få tingene på plads, inden borger kommer hjem.	Imødekommes ikke. Sygehuset ringer til kommunen og afklarer patientens/borgerens funktionsbehov. Samtalen dokumenteres i en indlagt korrespondance.
Mindre ændringer	3.3.2	Aabenraa Kommune	Ved ingen eller mindre: Hvad er definitionen af mindre ændringer.	Imødekommes ikke. Væsentlige ændringer er defineret. Ud fra teksten vurderes det, at det er forståeligt, hvad der menes med mindre ændringer – ændringer der ikke påvirker besøgshyppighed og tyngde.
Væsentlige ændringer	3.3.2	Kolding Kommune	Væsentlig ændring ved kendte borgere - matcher ikke med ordbogen omkring væsentlige ændringer og hjemsendelse under 48 timer. Andet afsnit på kendte borgere, med væsentlige ændringer, kan hurtigt gå hen og blive en åbning til meget hurtige udskrivelser – og derfor bør der i "kendte kolonnen" også fremgå samme krav til dialogen og aftaler som i "ikke kendte" kolonnen.	Imødekommes ikke. Det er ikke en ny patientgruppe eller arbejdsgang, men det er konkretiseret i de reviderede forløb.
Inddragelse af	3.3.2	Kolding Kommune	Det bør fremgå, at patient og pårøren-	Imødekommes. I afsnit 3.2.2 ændres teksten

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
patient og pårørende			de inddrages i planlægningen af udskrivelsen, og at aftaler skal være hensigtsmæssige og håndterbare for alle implicerede parter. Det bør fremgå at kommunen skal have mulighed for at forholde sig til hjemmets indretning og behov for hjælpemidler.	til: I det tværsektorielle samarbejde skal man i samråd med patienten og evt. pårørende være opmærksom på patientens egenomsorgsevne. Det ændres også i forløb 4. I Afsnit 3.2.2 tilføjes boligforhold. Ellers henvises til nøgleordslisten.
Privat eller offentlig leverandør	3.3.2	Sønderborg Kommune	I forlængelse af "Det er vigtigt, at patienten er i fokus, og at aftalerne er til for patientens bedste" ønskes følgende tilføjet: "Patienten skal informeres om, at der er frit valg på hjemmehjælp, og at han/hun dermed kan vælge at få hjemmehjælp af enten en privat leverandør eller af kommunens hjemmepleje. Kommunen orienteres af sygehuset om, hvad borger vælger. Hvis borgeren vælger privat leverandør kontaktes borger eller pårørende af kommunen for nærmere aftaler".	Imødekommes ikke. Det vurderes ikke at være en sygehusopgave at informere patienten om muligheden for frit valg. Det er en del af den kommunale opgave.
Tidligst muligt	3.3.2	Kolding Kommune	Hvad er tidligst muligt – beskrives bedre.	Imødekommes ikke.
Telefon-samtale og dokumentation i journal	3.3.2	Faaborg-Midtfyn Kommune	Sidste afsnit ønskes tilføjet, at den telefoniske kontakt skal ske inden patienten udskrives.	Imødekommes ikke. Der henvises til, at afsnittet overordnet set handler om forberedelse af udskrivelsen.
	3.3.2	SOF OUH	Sidste afsnit ønskes tilføjet, at den telefoniske kontakt som udgangspunkt skal ske inden patienten udskrives.	
	3.3.2	Nordfyns Kommune	Ved væsentlige ændringer tages så tidligt som muligt telefonisk kontakt. Der bør kunne aftales videokontakt i sådanne forløb også, selvom det er indlæggelse under 48 timer.	Imødekommes ikke. Videokonference finder sted i de situationer, hvor flere personer skal koordinere en indsats, evt. inkl. patient/pårørende. Det vurderes, at dette meget sjældent er tilfældet i forløb under 48 timer. Det udelukker ikke, at videokonferencer kan finde sted, hvis man finder det fagligt begrundet.
	3.3.4/3.3.3 (byttet)	Aabenraa Kommune	"i telefonsamtale mellem sygehus og kommune afdækkes funktionsevne og	Imødekommes ikke. Det skal altid dokumenteres, når der har været en telefonsamtale –

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	rundt)		eventuelt behov for hjælpemidler." Dette bør kun noteres under kendte borgere.	uanset om det er en kendt eller en ukendt borger.
	3.3.4/3.3.3 (byttet rundt)	Haderslev Kommune	Der står " i telefonsamtalen mellem sygehus og kommune ... " forslag " Ved eventuel behov for telefonsamtale mellem sygehus og kommune...	Imødekommes. Der byttes rundt på afsnit 3.3.3 og 3.3.4.
Indkøb	3.3.3/3.3.4 (byttet rundt)	OUH	Indkøb: ordet skal måske ikke med. Vi hører rigtig tit, at kommunerne ikke hjælper med dette.	Imødekommes ikke. Det kan være en kommunal forpligtelse at bistå med indkøb.
Patientens / borgerens kontakt til kommunen	3.3.3/3.3.4 (byttet rundt)	Psykiatrien	Formuleringen om, at patienten eller pårørende selv skal tage kontakt til kommunen bør gradueres, så formulering er med udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk (kommentaren er også gældende for forløb 2 og 3).	Imødekommes. Der tilføjes:, der hvor det vurderes, at patientens ressourcer, egenomsorgsevne og netværk kan håndtere dette. Det tilføjes i forløb 2, 3 og 4.
Midlertidige hjælpemidler	3.3.4/3.3.3 (byttet rundt)	Vejlen Kommune	I afsnit 3.3.4 står der at behovet for evt. hjælpemidler afdækkes – Det kunne med fordel fremgå, at det handler om midlertidige hjælpemidler. For det er vel det det handler om? Det vil også være fint at det af den indlagte korrespondance fremgår hvilke midlertidige hjælpemidler sygehuset medsender, og evt. aftaler knyttet op herpå ex. aflevering af disse.	Imødekommes. Behandlingsredskaber tilføjes. Det fremgår af forløbet, at det dokumenteres i indlagt korrespondance. Det imødekommes ikke i forhold til aftaler vedr. aflevering af redskaber.
Varsling	3.3.5	Psykiatrien	Psykiatrien har samarbejdsaftale omkring melding om færdigbehandling/ varsling 72 timer før forventet udskrivning (kommentaren også gældende for forløb 4).	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Imødekommes ikke. Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen vurderer, at varsling ikke skal stå i SAM:BO, men dette skal følges i SOF'erne.</i>

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Udvidet koordinering	3.3.5	Middelfart Kommune	Under pkt. 3.3.5. "I de tilfælde....": Udvidet koordinering er afskaffet. I forhold til de borgere, hvor der er sket de største funktionstab i forbindelse med indlæggelsen, har vi i kommunen kun 48 timer. Det er vanskelige vilkår at arbejde med, når der fx skal ordnes med et boligskitte.	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Den tidligere version af Sam:Bo gav tolkningsmuligheder i forhold til udvidet koordinering, og det har givet anledning til mange problematikker. Der er ikke ændret i aftalegrundlaget, men formuleringen vedr. udvidet koordinering er skærpet. <i>Imødekommes ikke. Svar fra Følgegruppen Følgegruppen vurderer, at formuleringen hidtil har givet rum for fortolkning, som nu er blevet præciseret.</i>
Færdigbehandling	3.3.5	Vejlen Kommune	I afsnit 3.3.5 er første afsnit ikke tydelig. Det er sætningen "Opretter sygehuset en færdigbehandlingsdato gældende fra den efterfølgende dag", som driller. - Betyder det at indlæggelsen kan have en varighed af 3 døgn før vi faktureres for en færdigbehandlingsdag? Færdigbehandlingsbegrebet er jo også nyt i forbindelse med forløb under 48 timer.	<i>Imødekommes.</i> Sætningen deles op af et punktum. Det er en præcisering i forhold til det tidligere forløb. Det er forsøgt at tydeliggøre, at færdigbehandlingsdatoen ikke kan træde i kraft samme dag, som beslutningen er taget. Der vil være fokus på dette i implementeringen.
	3.3.5	Sønderborg Kommune	Det vurderes positivt, at det nu er defineret, hvordan færdigbehandlingsdatoen fastsættes.	<i>Taget til efterretning.</i>
MedCom standarder	3.4.2	Nordfyns Kommune	Indhold i udskrivningsrapport bør indeholde sidste målte værdier. Det vil være en stor hjælp for primær sektoren, at have de sidst målte værdier på borgeren samt en vurdering af om	<i>Imødekommes ikke.</i> Målte værdier kan tilføjes under sygeplejefaglige problemområder i de situationer, hvor det er relevant. Sam:Bo aftalen er ikke beskrevet i den detaljegråd.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			de er habituelle. Samtidig mangler der også regime anmærkninger, da rehabiliteringsprocessen igangsættes fra dag 1 når borgeren er kommet hjem	
Indhold i udskrivningsrapport	3.4.2	Vejen Kommune	Afsnit 3.4.2 – Den information borgeren får i forbindelse med udskrivelsen omkring: "hvad der medgives, hvad der skal afhentes og hvad der bringes ud fra apoteket", kan kommunen med fordel også orienteres om i udskrivningsrapporten. Vi oplever ofte problemer med, at der ligger noget på recept, som ikke er afhentet. Sygeplejerskerne mangler så medicinen ved første dispensering efter udskrivelsen. Det tager meget af deres tid, at få medicinen fundet.	Imødekommes. Der ændres i afsnit i 3.4.2. Lokale medicinoplysninger/CAVE • senest administration af depot • PN administrationer inden for de sidste 24 timer • medicinsvigt • recept til apotek • afhentning/udbringning • dosisdispensering genbestilt Det er også ændret i forløb 4.
Medgivelse af medicinliste	3.4.2	Sydvestjysk Sygehus	Ud over kopi af udskrivningsrapporten og evt. genoptræningsplan opfordres der til, at borgeren ligeledes får et udskrift af medicineringen i FMK. Dette er vigtigt i forhold til patientinddragelsen.	Imødekommes. Det ændres i forløbet: For at sikre patient-/pårørendeinddragelse medgives patienten en kopi af udskrivningsrapport, medicinliste fra FMK og evt. genoptræningsplan. Det ændres også i forløb 4.
Tidsangivelser / frister	3.4.3	Aabenraa Kommune	Sygehuset læser korrespondance minimum én gang i døgnet på hverdage. Skal dette udvides til minimum en gang i dag og aftenvagte? Der ses nuværende, at der er en tiltagende tendens til, at der sendes mange plejeforløbsplaner i løbet af eftermiddagen. Kan der være risiko for, at disse først læses til næstkommende dagvagt? Bedst at det følger kommunens retningslinjer, hvor der læses kl. 7.00, 15.00 og 23.00.	Imødekommes delvis. Teksten ændres til: Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Det ændres i forløb 0, 2, 3 og 4.
	3.4.3	SOF og PSOF Sønderjylland	Pkt. 3.4.3: Sygehuset bør læse korrespondancer kl. 7.00, kl. 15.00 og kl. 23.00 ligesom i kommunerne frem for kun én gang i døgnet.	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
	3.4.3	Tønder Kommune	Sygehuset bør læse korrespondancer kl. 7.00, kl. 15.00 og kl. 23.00 ligesom i kommunerne frem for kun én gang i døgnet.	
	3.4.3	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at sygehuset læser korrespondancer samme antal gange i døgnet som kommunen (3 gange).	
	3.4.3	Varde Kommune	Varde Kommune bemærker, at hvis korrespondancen ikke er afsendt inden kl. 14.00, skal der ringes.	Imødekommes ikke.
	3.4.4	Varde Kommune	Varde Kommune ønsker, at tidsfrist ændres til kl. 20. Patienten kan kun hjemsendes, såfremt APV-forholdene i hjemmet er på plads. Der er ikke døgn-bemanning/weekend bemanning på kommunale hjælpemiddeldepoter. En seng kan først leveres på hverdage i kommunen. I den nuværende SamBo aftale står der beskrevet ved forløb under 48 timer, at patienten kan hjemsendes alle dage med hjemkomst senest kl. 22. Men hvis målgruppen pludselig er ændret til også at omfatte borgere med en væsentlig ændret funktionsevne, så vil det blive en udfordring at få anskaffet de rigtige hjælpemidler og få etableret ekstra hjælp i de sene timer.	Imødekommes ikke. Der er ikke ændret i aftalegrundlaget, men det er præciseret i 3.3.5, hvordan problemstillingen skal håndteres.
Hjemtransport	3.4.4	Psykiatrien	Afsnit bør omformuleres til "Sygehuset arrangerer hjemtransport, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befordring" (kommentaren også gældende for forløb 4).	Imødekommes. Teksten ændres, og der linkes til reglerne for befordring i forløb 3 og 4.
Udskrivelse i weekender og på helligdage, orlov og	Tilføjes i 3.4.4	Vejen Kommune	I SAMBO psyk er aftalerne omkring psykiatriske borgere som forlanger sig udskrevet i weekender og helligdage, samt borgere på orlov beskrevet. Aftal-	Imødekommes. Følgende tilføjes: Ved patientforløb, som pludseligt bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kon-

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
patienter der udskriver sig selv.			er for hvordan vi kommunikerer i disse forløb, bør fremgå af den reviderede udgave. Både for forløb under og over 48 timer.	takt suppleres umiddelbart med en udskrivningsrapport. Det ændres i forløb 3 og 4.

Forløb 4. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb over 48 timer

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Epikrise	Generelt	Esbjerg Kommune	Det er problematisk at epikriser først sendes på tredje hverdag. Kommunen bliver formidlere af behandlingsoplysninger fra sygehus til egen læge, som ikke altid går ind i problemstillingen, da de ikke har modtaget en epikrise.	Imødekommes ikke. De tre hverdage sygehuset har til at sende epikriser til egen læge er nationalt fastsat, jf. nøgleordslisten (Sundhed.dk).
	4.4.5	Esbjerg Kommune	Beskrivelsen af epikrisen er forskellig under de to forløb (3.4.5 og 4.4.5)	Imødekommes. Det ensrettes i de to forløb.
	4.4.5	Psykiatrien	Kravene til epikrisens indhold, bør følge overskrifterne i den tværregionale retningslinje for dette på Sundhed.dk (kommentaren også gældende for forløb 3).	Imødekommes. Det ændres i forløb 3 og 4.
Smitterisiko	4.1.3	Kolding Kommune	"smitterisiko", er det FS3, som først implementeres i 2017 eller er det ændring i Med-com standard. Det er ikke en systemopsætning vi har i dag.	Det er en del af de nye MedCom standarder.
Indlæggelsesrapport	4.1.3	Aabenraa Kommune	Den automatiske indlæggelsesrapport skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport indenfor 8 timer. Kan dette ændres til, at kommunen kun skal supplere, når der er nyt der ikke er udfyldt i den automatisk genererede indlæggelsesrapport?	Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Imødekommes. Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen vurderer, at kommunerne skal sende manuel indlæggelsesrapport, når det vurderes, at der er væsentlige ændringer, der skal orienteres om. Sygehusene kan ligeledes efterspørge oplysninger via en indlagt korrespondance. Der skal være fokus på dette i implementeringen af de reviderede forløb, så det sikres, at der allerede ved indlæggelsen leveres opdaterede oplysninger af høj kvalitet.</i>
	4.1.3	Esbjerg Kommune	Hvad er baggrunden for at kommunen igen skal sende supplerende indlæggelsesrapporter på alle indlagte, også selvom der ikke er noget at tilføje til den automatiske? Der skal nu sendes supplerende indlæggelsesrapporter på alle, der indlægges, hvor vi tidligere kun skulle sende såfremt, der var tilføjelser eller ændringer. Det vurderes at det betyder 20 % flere indlæggelses-	

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			rapporter.	
	4.1.3	Sygehus Lillebælt	"Den automatiske indlæggelsesrapport skal altid suppleres med en manuel opdateret indlæggelsesrapport indenfor 8 timer. Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, noteres dette i den manuelle indlæggelsesrapport". Det bruges sjældent, og fylder utroligt meget.	
	4.1.3	Varde Kommune	Den manuelle indlæggelsesrapport sendes kun, hvis der er ændringer/tilføjelser til den automatiske. Vi skal have en mere Lean-orienteret arbejdsgang end den beskrevne. Særligt for psykiatrien. Her har vi ikke mulighed for at sende navn/tlf. nr. på støttekontaktperson, udeaktiviteter osv., da vi ikke har disse oplysninger. Men måske menes der Behandlingspsykiatri med "Psykiatri" og ikke Socialpsykiatri? Bør også være mere specifik. Vedrørende manuel indlæggelsesrapport. Skal kun suppleres når dette er relevant.	
	4.1.3	Sønderborg Kommune	Det vurderes ikke hensigtsmæssigt, at kommunen skal sende en efterfølgende manuel indlæggelsesrapport, såfremt der ikke er ændringer i forhold til den automatiske indlæggelsesrapport. Dette giver både ekstra arbejde i kommunen og på sygehuset.	
	4.1.3	Faaborg-Midtfyn Kommune	Er der ingen ændringer i forhold til indholdet i den..... ønskes ændret til: det noteres i den manuelle indlæggelsesrapport, hvis der ingen ændringer er i forhold til indholdet i den	Imødekommes ikke. Det vurderes, at der ikke skal kommunikeres om tilstedeværelse af kommunen.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			automatiske indlæggelsesrapport eller hvis kommunen ikke har været involveret i indlæggelsen.	
	4.1.3	OUH	Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt indlæggelsesrapport, skal det tydelig angives med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.	Imødekommes. Det ændres i forløb 3 og 4.
	4.1.3	Sønderborg Kommune	Sønderborg Kommune kan være i tvivl om hvorvidt der IT-mæssigt kan leves op til at skulle levere de ønskede oplysninger til psykiatrien.	Imødekommes ikke. Hvis oplysningerne ikke kan hentes automatisk ind IT-teknisk er det en manuel arbejdsgang.
	4.1.3	Kolding Kommune	Indlæggelsesrapport inden for 8 timer – er det et stort krav?	Imødekommes ikke. Det er et eksisterende krav, som ikke kan ændres.
Særlig for psykiatrien	4.1.3	Psykiatrien	Punkterne angivet som "Særligt for psykiatrien", bør inddrages i en samlet punktopstilling. Navn på Sundhedsfaglig kontaktperson bør omformuleres til "Navn og telefonnummer på ..." (kommentaren også gældende for forløb 4).	Imødekommes. Særligt for psykiatrien fjernes. Teksten ændres til: Lokale medicinoplysninger/CAVE • seneste administration af depot • PN administrationer inden for de sidste 24 timer • Medicinsvigt • Dosisdispensering Under indlæggelsesrapport, udskrivningsrapport og plejeforløbsplan tilføjes en linje i forløb 3 og 4 "Medicinoplysninger findes i FMK". Medicinsvigt defineres i nøgleordslisten.
Medicin - FMK	4.1.3	Faaborg-Midtfyn Kommune	Medicinoplysninger findes i FMK. Dog er der mulighed for at sende oplysninger om lokale ordinationer jf. hjemme-sygehusstandards. version 1.0.3. (gælder for begge kolonner)	Imødekommes. Det ændres til lokale medicinordinationer i forløb 3 og 4.
	4.1.3	SOF OUH	Medicinoplysninger findes i FMK. Det foreslås tilføjet, at der er mulighed for at sende oplysninger om lokale ordinationer jf. hjemme-sygehusstandards. version 1.0.3. (gælder for begge kolonner)	
	4.1.4	Sønderborg	Det vurderes ikke nødvendigt, at	Imødekommes. Medicinliste skal ikke med-

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		Kommune	borgeren medbringer medicinskema, da oplysningerne bør fremgå af FMK.	bringes ved indlæggelse, men medgives ved udskrivelse i alle forløb. Det ændres igennem forløbene. Borgeren/patienten medbringer ikke medicinliste til sygehuset, men sygehuset medsender en medicinliste, når borger/patient udskrives, med henblik på at sikre patientinddragelse.
	4.1.4	Nordfyns Kommune	Patienten medbringer medicin og medicinskema – Patienterne fortæller, at pårørende ofte bliver bedt om at tage medicin, der ikke er doseret med retur igen. Medicinsedlen er vel ikke længere nødvendig med FMK? Mange udskriver slet ikke medicinsedler på papir mere.	
Ikke-kendte patienter	4.1.4	Varde Kommune	Varde Kommune bemærker, at afsnittet om patienter, der ikke er kendte (frem til 4.1.4.), kan udgå. Kommunen har ikke med patienterne at gøre op til indlæggelsen og beskrivelsen forvirrer blot.	Imødekommes ikke. Opdelingen er nødvendig, da det er vigtigt for sygehuset at skelne mellem informationsflowet i forhold til kendte og ikke-kendte patienter.
Indlæggelses-samtale	4.2.1	Tønder Kommune	Formuleringen foreslås ændret til "Samtalen skal indeholde:"	Imødekommes. Indlæggessamtale ændres til samtale.
	4.2.1	Sydvestjysk Sygehus	"Indlæggessamtalen" ændres til "samtalen".	Imødekommes. Indlæggessamtale ændres til samtale.
Dosisdispensering	4.2.1	Vejle Kommune	Afsnit 4.2.1 – Er det sygehusets opgave at "pausere" dosismedicin? I så fald bør det fremgå af forløbene. Vi har udfordringer, når borgernes dosismedicin ikke pauseres, idet borgeren får udgifter, de kunne være forskånet for.	Imødekommes. Det tilføjes i forløb 4.1.4 og 4.4.1.
Pårørende	4.2.3	Kolding Kommune	Bør stå noget om pårørende	Imødekommes ikke. Det kan ikke defineres, hvilken del af afsnittet, der henvises til. Er umiddelbart indeholdt i afsnittet.
Plejeforløbs-plan	4.2.3	Aabenraa Kommune	Der skal ikke indsendes plejeforløbs-plan på borgere indlagt på intensiv afdeling. Kan dette udvides til patienter "indlagt på apopleksiafdelinger, hvor de skal overgå til genoptræningsafdelinger"? Forventet funktionsevne ved udskrivelse. Oplysningen der sendes i plejeforløbsplanerne er den aktuelle	Imødekommes ikke. Det vurderes ikke at være sammenligneligt. På intensiv kan man ikke umiddelbart give relevante oplysninger. Det vil man i nogle tilfælde kunne gøre ved apopleksipatienter, og apopleksipatienter kan forekomme i mange afdelinger. Ifølge MedCom standarderne er det forventet at der udarbejdes en funktionsevnevurdering ved

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			funktionsevne. Funktionsevnen opdateres med aktuelle funktionsevne i ved hver afsendt plejeforløbsplan og udskrivningsrapport.	udskrivelsen.
	4.2.3	Esbjerg Kommune	Under 4.2.3 anvendes tidspunktet 15:00, men under punkt 4.3.1 kl. 15:30, hvilket ikke passer sammen. Der kvitteres for plejeforløbsplaner samme dag såfremt de er modtaget inden kl. 15:30, men hvad med plejeforløbsplaner der er modtaget efter 15:30 fredag? I den tidligere aftale var det førstkommande hverdag inden kl. 10. Er det nu ændret til at der skal kvitteres lørdag?	Imødekommes. Det ensrettes, så der står 15:30 i begge afsnit, da det er 15:30, der er det tidligere aftalegrundlag.
	4.2.3	Vejen Kommune	I samme afsnit sidst står der at "For patienter som indlægges fredag efter kl. 15.00 eller hvor kommunen modtager en plejeforløbsplan efter kl. 15.00 fredag eftermiddag..." og i afsnit 4.3.1 står der at "Dog er det kun plejeforløbsplaner modtaget inden kl. 15.30 på hverdage ..." – det synes vi er selvmodsigende? Kan alle frister ikke være kl. 15.00 for ikke at forvirre?	
	4.3.1 (4.2.3)	Haderslev Kommune	15.30 ændres til 15.00 , da der er aftalt at korrespondancer læses 7-15-23	Imødekommes ikke. I begge afsnit er det ændret til 15:30.
	4.2.3	Varde Kommune	Plejeforløbsplanen afsendes først, når den endelige behandlingsplan er lagt og udskrivelsesdatoen er realistisk. Baggrunden herfor er at der forekommer mange ændringer under indlæggelsen, vi ønsker at undgå overflødige beskeder. Varde Kommune foreslår følgende ændring "Plejeforløbsplan sendes, når der er lagt en behandlingsplan". Færdigbehandlingsdato kan kun sættes,	Imødekommes ikke. Der fremgår af aftalegrundlaget, at det er på baggrund af en behandlingsplan, at plejeforløbsplanen afsendes.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			når der er en behandlingsdato.	
	4.2.3	Middelfart Kommune	Under pkt. 4.2.3. "ved ændringer i indhold...": Det fungerer ikke hensigtsmæssigt, når den samme forløbsplan sendes flere gange, hvor "Nyt" er skrevet ind midt i en tekst. Send i stedet "Indlagt korrespondance", som vi kan besvare og som må bruges til nye, mindre aftaler.	Imødekommes ikke. Men der ændres i teksten i afsnittet, så det fremgår at NYT tydeligt skal fremgå i et nyt afsnit.
	4.2.3	Vejen Kommune	Afsnit 4.2.3 – står der i andet sidste afsnit at "Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendte plejeforløbsplaner, skal det tydelig angives med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger – Hvordan angives det konkret? Sidst i sætningen eller hvor? – det bør være mere tydelig så ændringerne er nemme og hurtige at finde. Er det muligt at flytte alt nyt op øverst i den nye plejeforløbsplan, så det er det første man ser?	Imødekommes delvis. Det er indskrevet i forløbet, at det skal fremgå i et nyt afsnit.
	4.2.3	Sønderborg Kommune	Det vurderes positivt, at det fremadrettet skal fremgå, hvor der er ændringer i plejeforløbsplanen.	Taget til efterretning.
	4.2.3	Psykiatrien	Afsnit 5 bør også tage højde for, at ændringer kan være at slette tekst.	Imødekommes ikke. Det vurderes at være en del af den nuværende formulering.
	4.3.1	Aabenraa Kommune	Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål som medfører at patienten ikke kan udskrives på grundlag af fremsendte plejeforløbsplan	Imødekommes ikke. Uddybende spørgsmål i kvitteringen kan ikke udskyde udskrivelse
	4.3.1	OUH	Ønske fra et sengeafsnit. Det vil være en rigtig god hjælp hvis kommunerne nederst i ved svar på forløbsplanerne, anførte de telefonnr. som de kan træffes på, også i weekenderne (og deres telefontider)	Imødekommes ikke. Der henvises til oplysninger i indlæggelsesrapporten og på Visinfosyd på Sundhed.dk.
	4.2.3	Sygehus	I afsnit 5 står: "Ved ændringer i	Imødekommes ikke. Der er ændret i

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		Sønderjylland	indhold i forhold til tidligere afsendt plejeforløbsplan, skal det tydeligt angives med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Husk altid begrundelse for ændringer." Dette kan være kilde til fejl, da det kan være svært at sikre, at det efterleves til fulde. Der bør undersøges, om der kan findes en teknisk løsning i stedet.	formuleringen i forløbet, så NYT skal fremgå i et nyt afsnit. Teknisk kan afsenderen ikke tydeliggøre dette.
	4.2.3	Vejle Kommune	Plejeforløbsplanen fungerer som et planlægningsværktøj mellem sygehuset og kommunens visitation i forbindelse med patientens udskrivelse.	?
Udskrivningsrapport	4.2.3	Esbjerg Kommune	Det bør præciseres at udskrivningsrapporten skal indeholde resultat af udredning, behandlingsplan og evt. beskrivelse af fortsat udredningsplan.	Imødekommes ikke. Der må kun videregives de oplysninger til kommunen, der er relevante for, at kommunen kan varetage opgaverne hos patienten/borgeren. Det er vigtigt, at patienten/borgeren er inddraget og selv beslutter, hvad der skal videregives af oplysninger til kommunen.
Telefon-samtale og dokumentation i journal	4.2.3	Faaborg-Midtfyn Kommune	Sidste afsnit ønskes tilføjet, at den telefoniske kontakt skal ske inden patienten udskrives.	Imødekommes ikke. Der henvises til, at afsnittet overordnet set handler om forberedelse af udskrivelsen.
	4.2.3	SOF OUH	Sidste afsnit ønskes tilføjet, at den telefoniske kontakt som udgangspunkt skal være inden udskrivelsen.	
Tvangsforanstaltning ved somatisk indlæggelse	4.2.3	Psykiatrien	Der bør her kort beskrives, at ved patienter indlagt i somatikken, som er underlagt en tvangsforanstaltning, udløser dette en samtidig indlæggelse i psykiatrien. I disse situationer gælder og følges SAM:BO aftalen ikke på den psykiatriske afdeling.	Imødekommes. Der er to indlæggelser registreret ude ved kommunen – psykiatrien er ikke forpligtet til at sende en plejeforløbsplan. Der ændres i teksten, der opstilles i punktform: Dette gælder dog ikke for patienter: der samtidig er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang - her sendes plejeforløbsplanen fra somatikken.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
God dialog	4.2.3	Kolding Kommune	Sidste afsnit: vær ekstra obs på den gode dialog, håndterbarhed, inddragelse, og hensigtsmæssighed.	Det kan ikke vurderes, hvad der henvises til i høringssvaret.
Praktisk hjælp	4.3.0	Arbejdsgruppen	Afsnit vedr. praktisk hjælp er ikke kommet med.	Imødekommes. Afsnittet er tilføjet i forløbet.
Uddybende spørgsmål	4.3.1	Kolding Kommune	Kolonne med kompliceret udskrivelsesforløb, 2. afsnit, obs det skal være gensidigt - sygehuset kan også stille uddybende spørgsmål.	Imødekommes ikke. Det er en del af plejeforløbsplanen.
Telefonisk kontakt	4.3.2	SOF og PSOF Sønderjylland	I afsnit 4 ønskes, i stedet for telefonisk kontakt i løbet af weekenden, en korrespondancemeddelelse, der ligger til kommunen mandag morgen.	Imødekommes ikke. Der er afsendt en plejeforløbsplan, og der skal ikke sendes to beskeder om det samme. Der ændres i formuleringen vedr. udvidet koordinering.
	4.3.2	Tønder Kommune	I afsnit 4 ønskes, i stedet for telefonisk kontakt i løbet af weekenden, en korrespondancemeddelelse, der ligger til kommunen mandag morgen.	
	Generelt	Varde Kommune	I den gældende SamBo aftale er afgrænsningen: • Akutte og planlagte indlæggelsesforløb • Indlæggelsesforløb af mere end 2 døgn's varighed • Patienter, såvel nye som kendte i den kommunale hjemmepleje • Hvor der forventes mindre eller væsentlige ændringer i funktionsevne og dermed hjælpebehov. I forslaget til ny SamBo aftale er afgrænsningen: • Akutte og planlagte indlæggelsesforløb over 48 timer Ovenstående er sådan set OK – men samtidig har man skrevet aftalen fra den gældende SamBo aftale, om at	Den tidligere version af Sam:Bo gav tolkningsmuligheder i forhold til udvidet koordinering, og det har givet anledning til mange problematikker. Der er ikke ændret i aftalegrundlaget, men formuleringen vedr. udvidet koordinering er skærpet. Problemstillingen løftes i følgegruppen på møde den 21. februar 2017 Se evt. dokument Afklaringspunkter fra Følgegruppen. Imødekommes ikke Svar fra Følgegruppen <i>Følgegruppen vurderer, at formuleringen hidtil har givet rum for fortolkning, som nu er blevet præciseret.</i>

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			kommunen har to dage til udvidet koordinering, ud af punkt 4. Indtil nu har de ikke kunne færdigmelde før kommunen har haft mulighed for at koordinere og få tingene på plads. Dette kommer til at presse kommunerne ved borgere med væsentlige ændringer i funktionsevne. Det kan vi ikke acceptere. I gældende SamBo aftale er det undtagelsen, at man udskriver disse borgere med væsentlig ændring i funktionsevne og hjælpebehov i weekenden "Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale." Dette er skrevet ud af det nye oplæg til SamBo aftale. Det kan vi ikke acceptere.	
	4.2.3	OUH	Er det sygehuset der skal kontakte kommunen mandag, hvis det er kommunen der i svar på plejeforløbsplanen, ønsker den udvidet koordinering?	Imødekommes ikke. Det omhandler ikke udvidet koordinering. I forhold til udvidet koordinering står det tydeligt i forløbet, at den der efterspørger udvidet koordinering, er den der tager initiativ.
	4.3.2	Aabenraa Kommune	Udvidet koordinering: Der har tidligere været aftalt tidsrum. Kan tidsrummet fortsat, som hovedregel, være mellem kl. 11.00 og 13.	Imødekommes ikke. Der er tale om en tidligere lokalt indgået aftale, der ligger uden for Sam:Bo aftalen.
	4.3.2	Faaborg-Midtfyn Kommune	I forhold til udvidet koordinering ønskes 2 dage ændret til 2 hverdage. (Det er netop her, vi har haft mange spørgsmål, om det er muligt at afholde udvidet koordinering f.eks. en søndag.)	Imødekommes ikke. Udvidet koordinering kan ikke kun finde sted på hverdage.
	4.3.2	Sønderborg Kommune	Der vurderes at være en kommunal udfordring i forhold til at aftale udvidet koordinering hen over en weekend.	
	4.3.2 – afsnit 3	OUH	Den udvidede koordinering i forhold til planlægning af udskrivelsen gennemføres senest 2 dage efter, at kommu-	Imødekommes. Teksten omformuleres.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			nen har kvitteret for modtagelsen af plejeforløbsplanen. Lidt tungt formuleret, kanceliagtig – kunne det være: I forhold til planlægning af udskrivelsen gennemføres den udvidede koordinering senest 2 dage efter.	
	4.3.2	OUH	For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes udvidet koordinering mandag, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen efter afsendt plejeforløbsplan. Ønske: Den telefoniske kontakt er at betragteligstilles med en skriftlig kvittering.	Imødekommes ikke. Den telefoniske kontakt drejer sig om planlægning af udvidet koordinering og er ikke en kvittering for en plejeforløbsplan.
	4.3.2	OUH	Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale. Skal det være efter aftale – Er det en særlig aftale?	Imødekommes ikke. Det er ikke nyt i forhold til den revideret udgave.
	4.3.2	Haderslev Kommune	For patienter, der indlægges efter fredag kl 15 tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen efter afsendt plejeforløbsplan - kan der ikke blot præciseres i plejeforløbsplanen hvad den udvidet koordinering handler om, og at kommunen så tager kontakt til afd mandag morgen ?	Imødekommes ikke. Kommunen har 8 arbejdstimer til at læse plejeforløbsplanen mandag.
	4.3.2	Kolding Kommune	– I afsnittet med indlæggelse fredag efter 15.00/udvidet koordinering skal der stå at der skal ringes til visitation/forløbskoordinatorerne mandag, da det ikke vil ændre noget at give sygeplejen besked – det vil blot forstyrre. En plejeforløbsplan med anmodning om udvidet koordinering ses af forløbskoordinator mandag morgen.	Imødekommes. Det er indskrevet, at sygehuset tager kontakt til kommunen mandag morgen.
	4.3.2	Psykiatrien	Særligt for psykiatrien "Behov for støtte" bør slettes, da visitation til støttekontaktpersonordningen fore-	Imødekommes. Det er slettet.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			tages i andet regi i kommunen	
SKP	4.3.2	Vejen Kommune	I afsnit 4.3.2 står der i 3 sidste afsnit "Særligt for psykiatrien: Behov for støtte (SKP)" – det vil være godt at få SKP oversat.	Imødekommes. Formuleringen er slettet, fordi aftaler om støttekontaktpersoner for psykiatriske borgere foregår i andet regi/anden myndighedsfunktion.
	4.3.2	Haderslev Kommune	SPK skal uddybes i nøgleordsbegrebet	
Videokonference	4.3.2	OUH	Udvidet koordinering kan foregå ved: Videokonference. Forventes det, at sygehusafsnittet tilbyder dette, - eller ønskes det af kommunen i det konkrete tilfælde? Måske skal det fremgå at begge parter kan tilbyde dette/ønske dette.	Imødekommes ikke. Samarbejdsaftalen er dialogbaseret og brug af videokonference afklares lokalt.
"Særlig aftale"	4.3.2	SOF OUH	Det foreslås, at udtrykket "særlig aftale" defineres.	Imødekommes ikke. Det er ikke nyt i forhold til tidligere, og det opleves ikke, at det før har givet anledning til udfordringer.
DÆMP	4.3.2	SOF OUH	Der er et overlap mellem DÆMP, indlagt over 48 timer og udvidet koordineret indsats. Det foreslås derfor, at DÆMP aftalen bygges ind i Sam:Bo aftalen til en samlet aftale.	Imødekommes ikke. Der vil i den endelige udgave blive linket til DÆMP-aftalen.
Visitation – Kommunal organisering	4.3.3	Varde Kommune	Ændres til "Visitationen må ikke være lukket".	Imødekommes ikke. Der er forskellige kommunale organiseringer. Kommunen er brugt som betegnelse igennem hele forløbet.
Kvittering	4.3.3	Sydvestjysk Sygehus	I dette afsnit skal ordet "lukket" erstattes med "undlade at kvittere".	Imødekommes ikke.
MedCom standarder	4.4.2	Nordfyns Kommune	Indhold i udskrivningsrapport bør indeholde sidste målte værdier. Det vil være en stor hjælp for primær sektoren, at have de sidst målte værdier på borgeren samt en vurdering af om de er habituelle. Samtidig mangler der også regime anmærkninger, da rehabiliteringsprocessen igangsættes fra dag 1 når borgeren er kommet hjem.	Imødekommes ikke. Målte værdier kan tilføjes under sygeplejefaglige problemområder i de situationer, hvor det er relevant. Sam:Bo aftalen er ikke beskrevet i den detaljegråd.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Fremtidig behandlingsplan	4.4.3	Varde Kommune	Samme kommentar som i 3.4.3 Det kunne være ønskværdigt, at sygehuset under punkt 3 og 4 forpligtede sig til at skrive fremtidig behandlingsplan/ambulante kontroller etc. ind i plejeforløbsplan/udskrivesrapport.	Imødekommes ikke. Det fremgår af udskrivningsrapporten, såfremt sygehuset har viden om fremtidige ambulante kontroller. Der hvor patienten selv kan agere, er det op til patienten selv at videregive oplysningerne til kommunen.
Tidsangivelser / frister	4.4.3	SOF og PSOF Sønderjylland	Sygehuset bør læse korrespondancer kl. 7.00, kl. 15.00 og kl. 23.00 ligesom i kommunerne frem for kun én gang i døgnet.	Imødekommes delvis. Teksten ændres til: Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Det ændres i forløb 0, 2, 3 og 4.
	4.4.3	Tønder Kommune	Sygehuset bør læse korrespondancer kl. 7.00, kl. 15.00 og kl. 23.00 ligesom i kommunerne frem for kun én gang i døgnet.	
	4.4.3	Sønderborg Kommune	Det anbefales, at sygehuset læser korrespondancer samme antal gange i døgnet som kommunen (3 gange).	
	4.4.3	Sydvestjysk Sygehus	Linjen "Såfremt der skal handles..." fjernes, da dette ikke gør sig gældende ved behandlingsforløb over 48 timer.	Imødekommes. Afsnittet vedr. "Såfremt der skal handles...." slettes.
Hjemtransport	4.4.4	Psykiatrien	Afsnit bør omformuleres til "Sygehuset arrangerer hjemtransport, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befording"	Imødekommes. Teksten ændres, og der linkes til reglerne for befording.
Udskrivelse i weekender og på helligdage, orlov og patienter der udskrives selv.	Tilføjes i 4.4.4	Vejen Kommune	I SAMBO psyk er aftalerne omkring psykiatriske borgere som forlanger sig udskrevet i weekender og helligdage, samt borgere på orlov beskrevet. Aftaler for hvordan vi kommunikerer i disse forløb, bør fremgå af den reviderede udgave. Både for forløb under og over 48 timer.	Imødekommes. Følgende tilføjes: Ved patientforløb, som pludseligt bliver afbrudt af patienten selv , tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart med en udskrivningsrapport.

Forløb 5. Indsatsen efter udskrivelse

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Bemærkning til indhold i afsnit	Generelt	Varde Kommune	Varde Kommune bemærker at afsnittet med fordel kan integreres i de øvrige forløb og udgå som selvstændigt afsnit.	Imødekommes ikke. Der vurderes generelt at være opbakning til forløbet.
§2	Generelt	Esbjerg Kommune	Efter udskrivelsen – forløb 5, Præciserings af at det er §2 som under forløb 1.	Imødekommes. Det er tilføjet, at det drejer sig om en § 2 aftale under afsnit 5.2.1.
Kommune til stede ved udskrivelsen	5.1.1	Aabenraa Kommune	I særlige tilfælde hvor der er behov for at kommunen er til stede i borgerens hjem ved dennes hjemkomst, er dette aftalt i forbindelse med planlægning og koordinering af udskrivelsen. Sygehuset har kontaktet kommunen telefonisk, idet patienten har forladt sygehuset. En tilføjelse om, at dette som oftest ikke er tilfældet, men at udskrivning skal aftales i samråd med pårørende og andre.	Imødekommes ikke. I forløbet er det specificeret, at det er i særlige tilfælde.
	5.1.1	Psykiatrien	Sidste sætning i 3. afsnit bør omformuleres, så hensigten fremgår – at kommunen kan beregne hvad tidspunkt borgeren er ved hjemmet.	Imødekommes ikke.
Telefonisk kontakt	5.1.1	SOF og PSOF Sønderjylland	Sidste sætning i 3. afsnit foreslås ændret til: "Sygehuset kontakter kommunen telefonisk, når patienten forlader sygehuset".	Imødekommes.
	5.1.1	Tønder Kommune	Sidste sætning i 3. afsnit foreslås ændret til: "Sygehuset kontakter kommunen telefonisk, når patienten forlader sygehuset".	
DÆMP	5.2.1	Nordfyns Kommune	Der er usikkerhed omkring hvor i plejeforløbsplanen det vil stå, hvis borgeren er screenet for DÆMP? I den gamle vejledning var det meningen at det skulle skrives i funktionsevne-	Imødekommes. DÆMP-indsatser fremgår af forløbene.

Emne	Afsnit	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
			scoringen i feltet "forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne. Er det fortsat sådan, bør man overveje om det er hensigtsmæssigt, idet det aldrig sker.	
Kommunal hjælp i forbindelse med ambulant opfølgning	5.3.1	Psykiatrien	Det bør afklares, om kommunen kan eller skal være behjælpelig.	Imødekommes ikke. Formuleringen fastholdes.
	5.3.1	Sygehus Lillebælt	Det er usikkert, hvad der kan være af forventninger til dette punkt. Hvad ligger der af konkret med henblik på hjælp og forsyningspligten. Henvises der her til den eksisterende samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling? Erfaringerne har vist et ringe kendskab til denne aftale og stor usikkerhed om anvendelsen, når jeg har kontaktet kommunen. I helt særlige tilfælde som eksempelvis patienten med afasi og uden pårørende, er det helt afgørende for patienten at denne samarbejdsaftale kan anvendes i praksis. Hvordan kan den tydeliggøres og hvordan bliver vi klogere på ansvar og forsyningspligten?	Imødekommes ikke. Der henvises til samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp.
	5.3.1	Vejen Kommune	Afsnit 5.3.1 – ofte ved vi ikke at borgeren skal til ambulant opfølgning, så hvordan sikrer vi at kommunen ved, hvornår de skal være behjælpelige? Det kan med fordel fremgå af afsnittet.	Imødekommes ikke. Sygehuset bør der hvor de har kendskab til kommende aftaler gøre opmærksom på dette i udskrivningsrapporten, hvor der kan være et behov for koordinering.

Nøgleordslisten

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Ambulant korrespondance	Aabenraa Kommune	Ambulant korrespondance, kan også sendes fra kommunen.	Imødekommes. Der tilføjes en formulering i nøgleordslisten om, at ambulant korrespondance anvendes på tværs af sektorer.
	Faaborg-Midtfyn Kommune	Her ønskes ordet "hurtig" fjernet, idet kommunen læser disse 1 gang i hver vagt.	Imødekommes. "Hurtig" fjernes.
Fællessprog II/III	Aabenraa Kommune	Fælles regionalt og kommunalt dokumentationsredskab i forhold til borgerens funktionsevne. Afspejler ikke alle pakker alle ydelser der tilbydes i kommunen.	Imødekommes ikke. Der er ikke tale om et fællessprog for region og kommuner. Der er anvendt fællessprog i funktionsevnevurderingen i standarden. Vi ved ikke, om der findes ydelser til borgeren, som ikke findes i Fællessprog, men det er heller ikke relevant for dette arbejde.
	SOF og PSOF Sønderjylland	Fælles sprog: Linket bør erstattes med et nyere link, da det er fra 2002.	Imødekommes. Der indsættes et nyt link.
	Tønder Kommune	Fælles sprog: Linket bør erstattes med et nyere link, da det er fra 2002.	
Færdigbehandling	Aabenraa Kommune	Ved en patient, der er færdigbehandlet: Det betyder, at tilstanden er stationær og ikke kræver yderligere behandling ej heller på andre afdelinger. Dvs. at der ikke bestilles blodprøver/ yderligere undersøgelser samt ingen stuegang.	Imødekommes ikke. Det vurderes, at kommentaren ikke beriger forløbsbeskrivelsen.
	Varde Kommune	God definition – men det er tankevækkende, hvordan resten af SamBo-aftalen efterfølgende ikke forholder sig dertil. "Når patientens tilstand er stationær, og yderligere forbedringer af tilstanden ikke kan forventes ved forsat sygehusbehandling, er patienten færdigbehandlet. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet." "Er en patient færdigbehandlet, betyder det, at tilstanden er stationær og ikke kræver yderligere behandling, dvs. at der ikke bestilles blodprøver/ yderligere undersøgelser samt ingen stuegang." SamBo lægger op til, at borgerne færdigmeldes frem i tiden – dvs. at sygehuset melder, hvornår de tror borger er færdigbehandlet.	Som udgangspunkt skal der så vidt det er muligt være sammenfald mellem udskrivningsdato og færdigbehandlingsdato. Færdigbehandling er defineret i nøgleordslisten og gælder for Sam:Bo aftalen. I definitionen er det konkretiseret, at der ikke må tages blodprøver mv. efter færdigbehandlingstidspunktet, som derved kan udskyde udskrivelsen på en færdigmeldt patient. Problemstillinger omkring færdigbehandling skal håndteres lokalt. Det er et opmærksomhedspunkt i implementeringen af de reviderede forløb.

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
		digbehandlet/ stationær og der ikke kræves yderligere behandling og undersøgelser – men diverse tiltag forsætter helt indtil det varslede færdigbehandlingstidspunkt – og hen over dette med en udsættelse af udskrivelsen til følge og ambulante opfølgninger efterfølgende.	
	SOF og PSOF Sønderjylland	Færdigbehandling: I afsnit 2 står, at "en patient er færdigbehandlet, når tilstanden er stationær, og der ikke kræves yderligere behandling, dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang". Formuleringen anses ikke for værende tidssvarende. I stedet bør bruges Sundhedsstyrelsens definition af begrebet færdigbehandlet patient: "Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling"	Imødekommes. Det ændres i nøgleordslisten.
	Sygehus Sønderjylland	Færdigbehandling: I afsnit 2 står, at "en patient er færdigbehandlet, når tilstanden er stationær, og der ikke kræves yderligere behandling, dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang". Formuleringen anses ikke for værende tidssvarende. I stedet bør bruges Sundhedsstyrelsens definition af begrebet færdigbehandlet patient: "Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling".	
Henvisning til sygehus	SOF OUH	Under 'Henvisning til sygehus' foreslås tilføjet, at henvisninger skal forsynes med telefonnummer til patienten.	Imødekommes. Det tilføjes i nøgleordslisten.
Indlagt korrespondance	Middelfart Kommune	I sammenhæng med ovennævnte, er der følgende spørgsmål til begrebet "Indlagt korrespondance" i Nøgleordslisten, hvor der står "...Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.": Menes der tovejskommunikation med mulighed for spørgsmål/svar fra sygehus og kommune?	Imødekommes ikke. Der modtages ikke kvittering fra kommunen som ved en plejeforløbsplan.

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Kompenserende indsatser	Aabenraa Kommune	Hvem bestemmer om det er kompenserende? Er det sygehuset eller kommunen, der bestemmer om der er udviklingspotentiale? Kommunen skal i alle forhold vurdere, om borgeren har rehabiliteringspotentiale i forhold til SEL 83a	Imødekommes ikke. Det vurderes, at det i anvendelsen af begrebet i 5.5.1 står klart, hvem der er ansvarlig for indsatsen.
Personlige hjælpemidler	Varde Kommune	Definition af et hjælpemiddel: Produkt, der fra bunden er fremstillet specielt med henblik på at afhjælpe en nedsat funktionsevne og med en begrænset del af befolkningen som målgruppe fx en kørestol. Produktet kan desuden ikke købes i almindelig handel. SE nedenstående link. http://www.hmi-basen.dk/news.asp?newsid=946&x_newstype=17	Imødekommes. Definitionerne fra Casekataloget på hjælpemidler, behandlingsredskaber og træningsredskaber skrives ind i nøgleordslisten.
Plejeforløbsplan	Aabenraa Kommune	Bør have en beskrivelse af, at den også skal indeholde funktionsevne niveau, samt planlægning af udskrivelse.	Imødekommes ikke. Det vurderes, at det der efterlyses fremgår af nøgleordslisten samt af forløbene.
Rehabiliterende indsats	Aabenraa Kommune	Ændring i teksten: Formålet er, at borgeren, som har risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktions evne, opnår en øget funktionsniveau eller selvstændighed. Sætningen " Meningsfuldt liv" : Hvem kan vurdere det?	Imødekommes ikke. Definitionen er hentet fra Hvidbogen.
	Tønder Kommune	Sidste sætning afsluttes af med følgende: "...jævnfør kvalitetsstandard/serviceniveau i den enkelte kommune".	Imødekommes. Ændringen tilføjes.
Samtykke	SOF og PSOF Sønderjylland	Samtykke til informationsudveksling: Det bør præciseres, at samtykke ikke gives til en bestemt medarbejder, men til de medarbejdere, der er en del af forløbet.	Imødekommes. Formuleringen ændres i nøgleordslisten.
	Tønder Kommune	Samtykke til informationsudveksling: Det bør præciseres, at samtykke ikke gives til en bestemt medarbejder, men til de medarbejdere, der er en del af forløbet.	
	Sygehus Sønderjylland	Samtykke til informationsudveksling: Det bør præciseres, at samtykke ikke gives til en bestemt medarbejder, men til de medarbejdere, der er en del af forløbet.	

Emne	Høringspart	Kommentar	Bemærkning
Væsentlige ændringer	Tønder Kommune	Efter "Væsentlige ændringer" tilføjes ny kasse med beskrivelse af "Mindre ændringer": En borger, der f.eks. kun får besøg x 1 ugentlig til bad eller rengøring.	Imødekommes ikke. Der henvises til at væsentlige ændringer er defineret. Det vil være baseret på en faglig vurdering.

Kort oversigt over indsatser under Sammen om Velfærd

Underarbejdsgruppe 1 - Borger/patienten i fokus i praksis og under uddannelse:

Gruppens opgave er at designe forslag til aktiviteter, der fremmer studerende og elevers forståelse af borgernes behov og ønsker på tværs af sektorer og fag. Gruppens opgave er herunder at udvikle modeller og beskrive konkrete gode erfaringer. Gruppen arbejder konkret med læringskataloger, hvor den enkelte uddannelsesenhed/praktik udarbejder et katalog med muligheder for konkrete erfaringer med tværfagligt, tværsektorielt og tværorganisatorisk samarbejde.

Underarbejdsgruppe 2 - Praktikvejledere på tværs af sektorer og faggrupper:

Gruppens opgave er at designe forslag til hvordan praktikvejlederen kan fungere som vejleder for flere faggrupper og/eller kan følge den samme elev eller studerende gennem hele uddannelsesforløbet på tværs af sektorer. Gruppen skal herunder arbejde med efter-/videreuddannelse af praktikvejledere. Gruppen arbejder konkret med planlægning af en konference 10. maj 2017 og et tre-dages kursus for erfarne vejledere og undervisere samt uddannelseskoordinatorer, som løber af stablen primo juni 2017.

Underarbejdsgruppe 3 - Efteruddannelse på tværs af fag og sektorer:

Gruppens opgave er at designe forslag til efteruddannelse, som kan understøtte det tværfaglige og tværsektorielle arbejde hos nuværende medarbejdere og ledere. Gruppen arbejder konkret med udvikling af digitalt undervisningsmateriale samt uddannelse af facilitatorer, der kan understøtte brugen af det digitale undervisningsmateriale.

Kommunikationsgruppe

Gruppen arbejder med at udvikle en strategiplan og understøtte generel kommunikation under Sammen om Velfærd.

Oversigt over indhold i aftaler (nuværende og kommende) om kompetenceudvikling, videndeling og rådgivning på sundhedsområdet samt Sammen om Velfærd (kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet)

	Infektionshygiejnisk rådgivning	Region Syddanmarks rådgivning om forebyggelse	Tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling (udkast til aftale under udarbejdelse)	Sammen om Velfærd
Overordnet formål	At styrke kommunernes infektionshygiejniske indsats med henblik på at forebygge infektioner og smitteudbrud, samt reducere antallet af indlæggelser på grund af dette. Rammeaftalen sikrer, at kommunerne i regionen får et bredt og ensartet tilbud om infektionshygiejnisk rådgivning på tværs af sygehusenhederne.	At sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet på forebyggelsesområdet. Kommunerne og regionen er enige om, at udgangspunktet er, at regionens rådgivning om forebyggelse til kommunerne tilpasses kommunernes behov.	At udvikle en mere systematisk og formaliseret tilgang til udnyttelse af viden og kompetencer på tværs af sektorer. Forslag om etablering af et fleksibelt, behovsstyret tilbud om tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling på regionalt niveau, som overvejende vil bestå i enkeltstående og forskelligartede tilbud. Forslag om, at relevante lokale tilbud om kompetenceudvikling og videndeling løftes og tilbydes på regionalt niveau.	At videreudvikle stærke tværfaglige og tværsektorielle kompetencer ved kommende og nuværende medarbejdere på social- og sundhedsområdet i kommuner og region.
Konkret kompetenceudvikling (indhold)	Vederlagsfrit: Sygehusene er forpligtede på at tilbyde kommunerne rådgivning specifikt på cpr.nr.niveau, herunder om MRSA på cpr.nr.niveau. Derudover skal der ske faglig opdatering om infektionshygiejne til kommunerne samt generel sparring om afgrænsede problemstillinger. Mod vederlag: Sygehusene tilbyder kommunerne bl.a. uddannelse af hygiejnenøglepersoner, audits, hygiejnetilsyn i institutioner mv.	<i>Faglig rådgivning</i>, f.eks. om patientrettet forebyggelse og patientuddannelse hos mennesker med en eller flere kroniske sygdomme. <i>Rådgivning om brug af sundhedsprofildata.</i> <i>Rådgivning om projektudvikling, fundraising</i> <i>Rådgivning om infektionshygiejne</i> som ikke løftes i aftalen om infektionshygiejne <i>Rådgivning om håndtering af nye sygdomme, behandlingsformer og medicin, f.eks. forebyggelse af den øgede forekomst af depression og forebyggelsestilbud i den forbindelse eller nye infektionsmedicinske sygdomme.</i>	Da aftalen ikke er færdig, er der ikke aftalt konkrete initiativer i regi af aftalen endnu. Et forslag er, at følgende aktiviteter indgår: <i>Akut sygepleje:</i> Vidensdeling om nyeste udvikling indenfor behandlingsmetoder, operationsteknikker og medicinering <i>Hjemmeplejen:</i> Planlægge, udføre og fastholde pleje og behandling af borgere med psykiatriske lidelser og andre udsatte borgere <i>Medicinering:</i> Viden om ny medicin, virkninger og bivirkninger samt dosisdispensering/ implementering af elektroniske medicindispensere f.eks. i relation til den ældre medicinske patient. <i>Rehabilitering:</i> F.eks. en indføring i, hvad der forstås ved rehabiliteringsbegrebet	Der er vedtaget en strategi for arbejdet, som beskriver de ændringer i mindset, som Sammen om Velfærd arbejder med. På baggrund heraf er der udviklet materiale til ledere i kommune/region/ udd.institutioner, som skal understøtte dialogen herom, herunder gode eksempler. På nuværende tidspunkt er der tre konkrete aktiviteter i gang: • Afholdelse af vejlederkurser i maj • Udvikling af redskaber til at indtænke tværfaglige/-sektorielle indsatser i praktikker • Korte film til at understøtte dialogen om tværfaglighed. Herudover bliver der på baggrund af arbejdet også igangsat lokale projekter. Der vil i løbet af foråret blive gjort status for dette.

	Infektionshygiejnisk rådgivning	Region Syddanmarks rådgivning om forebyggelse	Tværsektoriel kompetenceudvikling og videndeling (udkast til aftale under udarbejdelse)	Sammen om Velfærd
			<i>Psykiatri:</i> Opgavefordeling og samarbejde på tværs af psykiatrien og socialpsykiatrien <i>Pårørendeinddragelse:</i> Lære af hinandens erfaringer på tværs af sektorer og skabe klarhed over ansvarsfordelingen. <i>Nye aftaler og forløbsprogrammer:</i> Understøtte implementering af nye samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer med fokus på at forbedre opgaveoverdragelsen og samarbejdet mellem sektorer gennem fælles kompetenceudvikling og videndeling.	
Former	F.eks. årlige afholdes temadage i hvert af de fire SOF'er. For at benytte øvrige muligheder i aftalen, lægges der som udgangspunkt op til undervisning i SOF-regi.	F.eks. fyraftensmøder, skriftlig information og retningslinjer, netværk mellem region og kommuner, undervisning samt mulighed for individuelt tilrettelagt rådgivning.	F.eks. holdundervisning, fælles skolebænk, e-learning eller sidemandsoplæring, samt erfaringsudvekslingsgrupper, netværksmøder, fyraftensmøder eller studiebesøg.	Der er løbende aktiviteter samlet i regionen, men grundtanken i arbejdet er, at det er mindst lige så værdifuldt med lokale mindre projekter, som inspireres af tankerne i Sammen om Velfærd.
Ansvarlig for udførelse	Regionens sygehuse jf. de aftaler, der indgås med kommunerne individuelt.	Afdeling for tværsektorielt samarbejde, Regionshuset.	Følgegruppen for Forebyggelse har ansvar for, at der gennemføres indsatser i regi af aftalen. Hvordan det helt konkret skal finde sted, er endnu uafklaret.	En gang årligt mødes partnerskabet i Round Table. Imellem Round Table møderne tager en styregruppe løbende beslutninger om gangsættelse af aktiviteter mm.
Finansiering	Kommuner og regionen	Regionen	Kommuner og regionen	Fælles finansiering mellem kommuner, region og uddannelsesinstitutioner til overordnet initiativer. Egenfinansiering fra involverede parter i lokale projekter.

Strategi for tværsektoriel kompetenceudvikling

For kommunerne, regionen og
uddannelsesinstitutionerne i Syddanmark

14-06-2015

Fælles interesser i styrket tværsektoriel kompetenceudvikling

Gennem de seneste år er der sket en stor udvikling i kommuner og regioner såvel på sundhedsområdet som på socialområdet. Disse ændringer er blandt andet sket på baggrund af kommunalreformen, den demografiske udvikling samt økonomiske udfordringer. Udviklingen har skabt et øget behov for at finde nøglen til billigere og bedre velfærd for borgerne.

Udviklingen stiller nye krav til kompetencerne hos medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Både KL og Danske Regioner har adresseret de nye kravets betydning i blandt andet udspillene "Next Practice" og "Uddannelsespolitisk oplæg - Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser", som dette papir bygger videre på.

Udgangspunktet i udspillene er, at vigtigheden af en stærk faglighed i fremtiden skal ses sammen med vigtigheden af, at medarbejderne kan skabe sammenhæng og bygge bro på tværs af sektorer og fagligheder. Fremtidens medarbejder skal i samspil og dialog med borgeren have som sigtepunkt, at borgeren opnår det bedst tænkelige funktions- og mestringsniveau i sit hverdags-, arbejds- og familieliv ud fra borgerens egne ønsker.

At skabe relevante og kompetencegivende uddannelsesforløb for elever og studerende og at udbyde relevante tilbud om efteruddannelse er et fælles ansvar og en fælles interesse for uddannelsesinstitutionerne, kommuner og region. For at sikre uddannelser der matcher fremtidens behov, er det afgørende, at uddannelserne og praktikkerne indholdsmæssigt og organisatorisk tilrettelægges, så de matcher udviklingen i samfundet og de krav, der stilles til medarbejderne på social- og sundhedsområdet nu og i fremtiden.

De fælles interesser er grundlaget for, at Region Syddanmark, de syddanske kommuner og uddannelsesinstitutionerne i regionen nu sætter fokus på et tættere og bedre samarbejde om tværsektoriel kompetenceudvikling for social- og sundhedsuddannelserne.

Der er forskelle mellem behovene på socialområdet og sundhedsområdet – men der er også en stor fællesmængde af identiske behov til fremtidens kompetencer. Det er fællesmængden der betinger dette fælles strategiske afsæt.

Strategien skal danne grundlag for konkrete aktiviteter skabt i fællesskab mellem de involverede parter. Indsatsen har grundlæggende tre spor:

- Udvikling af grunduddannelserne
- Udvikling af efter/videreuddannelses tilbud
- Udvikling i egen organisation.

I forlængelse heraf vil et øget samarbejde også kunne bidrage til øget praksisnær forskning. Det skaber både ny viden og indsigt i praksis på uddannelsesinstitutionerne, og det bidrager med relevant og anvendelig viden til kommuner og region.

Fælles forståelse – paradigmeskifte

Der er igennem flere år sket et paradigmeskifte i synet på mødet med borgerne og i forståelsen af velfærd, hvor den rehabiliterende tilgang i stigende grad danner grundlaget for arbejdet. Fokus er ændret fra at se på velfærd som noget, vi leverer til borgerne, til at se velfærd som noget, vi skaber sammen med borgerne.

Det betyder, at fagligheden skal bringes i spil på en ny måde i en mere igangsættende og motiverende tilgang, hvor borgeren selv deltager og træffer valg. Der er tale om en styrket bevægelse fra ydelsesfokus og monofaglighed hen mod et bredere og tværfagligt blik for den fælles kerneopgave.

Det indebærer en øget bevidsthed om egne fagkompetencer og viden om andres kompetencer, så der sker koordination og skabes sammenhæng. Overblik og refleksionskompetencer og evnen til at arbejde tværfagligt og have øje for borgerens og omgivelsernes ressourcer bliver dermed afgørende. Der er stadigvæk behov for den specialiserede medarbejder, men udgangspunktet er, at vi løser opgaven i samspil med borgeren og med fokus på borgerens ønsker og mål.

De ændrede møder mellem fagprofessionelle og borger betyder, at der er behov for at arbejde med at sikre et bedre samspil på tværs af uddannelserne gennem mere tværfaglig og praksisnær undervisning og praktikforløb. Målet er større tværfaglighed i de borgernære og patientrettede tilbud på social- og sundhedsområdet med fokus på den fælles kerneopgave, hvor borgerens mestring af eget liv styrkes.

Derudover er der sat øget fokus på, at fremtidens social- og sundhedsvæsen er vidensbaseret og orienteret mod effekt og kvalitet. Det er afgørende, at indsatsen fra den offentlige sektor resulterer i udvikling og effekt for borgeren. Effekten og kvaliteten af den fagprofessionelles indsats skal i højere grad dokumenteres med henblik på deling af viden og som baggrund for kvalitetssikring og udvikling.

Det er tydeligt, at paradigmeskiftet stiller nye krav til medarbejderne på social- og sundhedsområdet. Samtidig er der nogle indbyggede dilemmaer, man som medarbejder vil møde i sit arbejde, når det nye paradigme skal foldes ud i praksis. Dilemmaerne kan være en ramme for fremtidige drøftelser af, hvilke kompetencer der er vigtige at sætte fokus på i uddannelserne:

"Fleksibilitet og borgerfokus samtidig med effektivitet og standardforløb"

Borgeren skal ses som en aktiv del af løsningen i et forløb, hvorfor indsatserne eksempelvis også skal samskabes med borgeren. Det stiller krav til medarbejderne om at udvise fleksibilitet og evne til i samarbejde med borgeren at sammensætte et forløb, der er tilpasset den enkelte. Stramme økonomiske rammer, krav om dokumentation og kvalitet samt nationalt definerede pakkeforløb stiller til gengæld krav om øget effektivitet og standardisering i mødet med borgeren. En medarbejder på social- og sundhedsområdet skal kunne navigere og træffe beslutninger inden for disse til tider modsatrettede hensyn.

"Stærk faglighed på eget område samtidig med øget helhedsorientering"

Borgeren skal have den bedst mulige behandling eller indsats. Det stiller krav til medarbejdere om at have høj faglighed på eget område. Samtidig skal velfærden i fremtiden i langt højere grad skabes på tværs af sektorer og faggrupper for sammen med borgeren at opnå et fleksibelt og tilpasset forløb. Fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere skal derfor evne det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samtidig med, at de fastholder fagligheden på deres eget område.

"Evidens og fokus på effekt samtidig med øget anerkendelse af de personlige relationer"

Fremtidens social- og sundhedsvæsen bygger i højere grad end det er tilfældet i dag på de menneskelige faktorer og de personlige relationer. Samarbejdsrelationer og samskabelse er nøgleord, hvis borgeren skal opleve den bedst mulige velfærd. Men det er størrelser, der er svære at måle på. Det udfordres af et samtidigt ønske om evidensbaserede behandlinger og indsatser, med fokus på effekt. Der skal både være et stærkt fokus på evidens og effekt og en øget anerkendelse af betydningen af mere bløde værdier, som er sværere at måle.

"Evne at udfordre og forandre samtidig med at acceptere givne rammer og vilkår"

For at skabe en offentlig sektor med et social- og sundhedsvæsen der er i stadig forandring og tilpasning til borgernes behov, er det afgørende, at nyuddannede og medarbejdere på efter- og videreuddannelse udfordrer og skaber grundlag for forandringer på baggrund af den viden og indsigt, de får på uddannelsesinstitutionerne. På den anden side skal medarbejderne også være i stand til at acceptere de givne rammer og vilkår, som eksempelvis økonomien sætter for deres arbejde.

"Optimere inden for egen organisation samtidig med sammenhængende indsatser for borgerne"

Lederne i såvel sundheds- som socialsektoren skal agere i et krydsfelt mellem forskellige hensyn, som kan gøre det svært at lede hen mod det sammenhængende og tværsektorielle. Lederen skal hele tiden have fokus på optimering og effekt inden for egen organisation men samtidig skal lederen bidrage til sammenhængende og effektfulde forløb til den enkelte borger. Ligesom medarbejderne skal udgangspunktet for lederens arbejde også være borgeren og dennes ønsker. Lederen skal skabe rammer, hvor borgeren har mulighed for – og forventes – at anvende egne ressourcer til sammen med medarbejderne at skabe resultater for sig selv. Herudover skal der skabes gode og konstruktive rammer til inddragelse af eksempelvis pårørende og frivillige.

Styringsinstrumenter og incitamenter giver ofte tilskyndelse til at optimere inden for egen organisation. Modsat er der politiske hensigtserklæringer om at skabe sammenhænge på tværs. Dilemmaet kalder på den baggrund på styrkede ledelseskompetencer til tværsektoriel ledelse.

Dilemmaerne viser med tydelighed, at fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere skal agere i en kompleks kontekst, der stiller store krav til de kompetencer og færdigheder de tager med sig fra deres uddannelsesforløb.

Fælles pejlemærker for den tværsektorielle kompetenceudvikling

Med udgangspunkt i det beskrevne paradigmeskifte er kommuner, region og uddannelsesinstitutioner enige om, at følgende pejlemærker er det fælles udgangspunkt for den fremtidige tværsektorielle kompetenceudvikling af nuværende og kommende medarbejdere på social- og sundhedsområdet.

Den rehabiliterende tilgang er udgangspunktet for vores arbejde

Både sundhedsområdet og socialområdet bygger på en rehabiliterende tilgang. Sigtetpunktet for en rehabiliterende tilgang er borgerens ønske om et godt, selvstændigt og uafhængigt liv på trods af sociale, fysiske og psykiske begrænsninger i funktionsevnen. Opgaveløsningen er gået fra klientgørelse og fratagelse af ansvar til at gøre *med* og ikke *for*. Det betyder, at medarbejderne fremover skal indgå i en ny mere samarbejdsbåret og ligeværdig relation med borgeren, hvor medarbejderen går fra at gøre ting for borgeren til at skabe den ønskede forandring sammen med borgeren. Ligeledes er det centralt i den rehabiliterende tilgang, at borgeren i videst muligt omfang har indflydelse på, hvilke mål der sættes for indsatsen, og selv deltager aktivt i opnåelsen heraf. Udgangspunktet er borgerens ønsker, behov og egne ressourcer samt ressourcer i borgerens netværk og omgivelser.

Den rehabiliterende tilgang betyder dermed, at den fagprofessionelle må møde borgeren på en anden måde. At arbejde rehabiliterende indebærer et værdisæt, hvor respekt og

ligeværdighed er centralt, og hvor ønsket er, at borgeren oplever kvalitet og sammenhæng i forløbet. Borgeren skal mødes dialogorienteret som ekspert på sit eget liv.

Rehabilitering som metode har mange forskellige former og breder sig fra hverdagstræning, telerehabilitering til specialiserede tværfaglige rehabiliteringsforløb efter et behandlingsforløb – men uanset område og specialiseringsgrad betyder det, at et borgerforløb først er tilendebragt, når borgeren er tilbage på det bedst tænkelige funktions- og mestringsniveau i sit hverdags-, arbejds- og familieliv.

Vi har et fælles ansvar med borgeren

Gennem en årrække har der være talt om borgeren i centrum, borgeren i øjenhøjde osv. Med rehabiliteringstankegangen skal borgeren ikke bare være i centrum – borgeren og den professionelle skal være ligeværdige.

Denne ændring har stor betydning for medarbejdernes opgaver. Hvor medarbejderne før tog aktivt ansvar for borgernes behov og herudfra igangsatte den rehabiliterende indsats, skal medarbejderne nu sammen med borgeren finde frem til den bedste indsats. Medarbejderne skal formå at få borgeren til at spille en aktiv rolle, de skal stille krav om deltagelse og ansvar for eget liv, og endnu vigtigere skal medarbejderne respektere, at borgerens ønsker, meninger og handlinger er lige så værdifulde som medarbejderens. Det betyder, at medarbejderne skal evne en rolle som coach/facilitator, kunne se ressourcer i borgeren og i borgerens omgivelser. Relationen til borgeren skal i fremtiden være endnu mere dialogorienteret og forventningsafstemmende end den er i dag.

Vi arbejder tværprofessionelt og tværsektorielt samtidig med, at vi har en stærk faglighed på eget område

Medarbejderne på social- og sundhedsområdet skal have en solid faglig fundering og kende egne styrker. Det skal eksempelvis sikre en klar forståelse af, hvor deres faglighed ikke rækker, og andre fagligheder skal i spil.

Samtidig skaber den rehabiliterende tilgang en ambition om et fælles borgerfokus frem for systemfokus, hvilket understreger, at der er en gensidig afhængighed på tværs af fagligheder og tværsektorielt. Det er nødvendigt at arbejde mod en helhedstænkning – det gælder både på tværs af sektorer, faggrupper og målgrupper.

Sagt med andre ord er det vigtigt, at medarbejderen er stærk i egen faglighed og forstår organisationens kerneopgave, men også tager ansvar for og har viden og interesse i forhold til, at borgeren bevæger sig på tværs af organisationer og sektorer.

Vi har interesse i – og respekt og blik for – hinandens roller og perspektiver

Et stort antal af forskellige fagligheder og medarbejdergrupper præger social- og sundhedsområdet. Hvis målet om at arbejde efter den rehabiliterende tilgang og evnen til at arbejde helhedsorienteret og tværsektorielt skal lykkes, er det afgørende med en grundlæggende respekt for hinanden på tværs af fagligheder. Med respekt og blik for hinandens perspektiver kan medarbejderne indgå i relationer med hinanden og borgeren, så den enkeltes kompetencer og evner kommer bedst muligt i spil.

Når borgerens bedste skal tilgodeses, er det nødvendigt, at medarbejderne ikke begrænses af hierarkier og respekterer hinandens fagligheder som ligestillede. Medarbejderne skal evne at ændre og tilpasse deres rolle i forhold til den enkelte borger og den samarbejdsrelation, der skabes. Borgeren har brug for at faglighederne spiller sammen om det fælles mål at rehabilitere/habilitere borgeren til det bedst mulige funktionsniveau. For borgeren er alle faggrupper lige vigtige.

Vi vil have mere praksis i uddannelserne og mere forskning i praksis

Vi skal i højere grad end i dag gøre vores erfaringer til fælles viden. Det opnår vi både ved at sætte fokus på, at der er en stærkere relation til praksis i uddannelserne og ved at sikre mere praksisnær forskning. Uddannelserne skal have fokus på, hvordan elever og studerende omsætter viden til konkrete færdigheder og handlekompetencer. Uddannelsesmiljøerne bør ligne den virkelighed, hvor viden og erfaring skal anvendes. Samtidig skal kommuner og region sikre relevante praktikker og praksisnære lærings- og udviklingsmiljøer med indhold og udfordringer tilpasset den enkelte elev eller studerende – kvaliteten af praktikken er afgørende for den enkeltes samlede uddannelsesforløb.

Uddannelsesinstitutioner, kommuner og regioner har et fælles ansvar for at sikre, at eleverne og de studerende bliver så dygtige som muligt, og at de opnår de rette kompetencer. Uddannelsesinstitutionerne har en primær rolle i forhold til den del af uddannelserne, der foregår på skolerne, mens kommuner og region i høj grad har ansvaret for at sikre relevante praktik- og klinikforløb undervejs i uddannelser. En tæt kobling mellem praksis og teori er afgørende for elevens eller den studerendes uddannelsesudbytte, hvilket nødvendiggør et tæt samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner, region og kommuner.

Hertil kommer at uddannelsesinstitutionerne er en væsentlig leverandør af formel kompetenceudvikling til medarbejderne i kommuner og region. Det er en fælles interesse løbende at tilpasse udbuddet af efter/videreuddannelsesstilbud til udviklingen i kommuner og region og de behov det giver for medarbejderkompetenceudvikling.

Vi arbejder vidensbaseret og er orienteret mod effekt og kvalitet

Fremtidens social- og sundhedsvæsen er vidensbaseret og orienteret mod effekt og kvalitet. Det er afgørende, at indsatsen fra den offentlige sektor resulterer i progression og effekt for borgeren. Det er i den sammenhæng vigtigt, at medarbejderne ikke kun kender evidensbaserede metoder og indsatser, men at de også har viden om, hvordan en indsats implementeres bedst i forhold til målgruppen. Medarbejderne skal have en mere analytisk og struktureret tilgang, hvor det er helt naturligt at tilrettelægge arbejdet, så man opnår mest mulig viden om, hvordan det, man gør, virker.

Velfærdsteknologi og innovation indgår som en naturlig del af arbejdet

Velfærdsteknologiske og digitale borgerløsninger er en integreret del af fremtidens social- og sundhedsvæsen. Med de nye løsninger får borgeren mulighed for i højere grad at kunne fastholde sit normale hverdagsliv og blive i nærmiljøet. Udgangspunktet for arbejdet med velfærdsteknologi skal være borgerne og deres ønsker og præferencer. Fremtidens løsninger skal indtænke borgernes egne ressourcer og teknologier.

Det ændrer medarbejdernes rolle med et behov for en ny selvforståelse og nye kompetencer til implementering samt ikke mindst en evne til at indgå i nye former for relationer med borgerne. Medarbejderne skal være i stand til at anvende teknologien og skabe det rigtige match for borgeren i forhold til de velfærdsteknologiske løsninger. Det kræver formentligt også, at der ses på arbejdets konkrete planlægning for at opnå størst effekt for borgerne af velfærdsteknologien, herunder udvikling af velfærdsteknologiledelse.

Læringsformer

Paradigmeskiftet med fokus på den rehabiliterende tilgang og øget samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder stiller nye krav til læringsformerne under uddannelse – såvel

grunduddannelser som efter- og videreuddannelser, herunder kompetenceudviklingsforløb. Målet med de nye læringsformer skal være, at der på tværs af uddannelsesretninger og medarbejdergrupper i kommuner og region skabes et fælles begrebsapparat og forståelse for, hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende, tværfagligt og tværsektorielt. Både grundforløb og efter-/videreuddannelse skal bidrage til, at medarbejdere i fremtidens social- og sundhedsvæsen i samspil med andre fagligheder arbejder ud fra de ovenstående pejlemærker.

For at understøtte det skal uddannelsesforløb og praktikker give eleven / den studerende mulighed for at arbejde på tværs af eksempelvis forskellige uddannelser, fag eller forskellige medarbejdergrupper i den enkelte kommune eller region. En afgørende læring er den læring der sker, når de er i praktik. Læringen fra en kollega til en anden giver uvurderlig indsigt og forståelse for det arbejde, man senere skal ud i.

Der skal skabes fælles tværgående og tværfaglige læringsmiljøer og uddannelsesmoduler på uddannelsesinstitutionerne, hvor eleverne og de studerende blandt andet introduceres for de gevinster, der er ved i højere grad at skabe praksisnær forskning. Kommuner og region skal skabe lærings- og praktikforløb, hvor den enkelte netop får indblik i og erfaringer med at arbejde på tværs af fag- og sektorgrænser.

Det er vigtigt at anskue kompetenceudvikling som et behov for livslang læring. De nyuddannede skal ikke være færdigudlærte fra starten. Der vil være behov for specialisering og løbende kompetenceudvikling i takt med at erfaringsniveauet stiger og kompetencerne udvikler sig. Her er det væsentligt, at vi forstår kompetenceudvikling bredt. Det handler både om formel videreuddannelse som f.eks. akademi/diplom og masteruddannelse – men det handler også om sidemandsoplæring, træning, intern uddannelsesaktivitet og andre former for læring, der foregår i hverdagen.

Uddannelsesforløbene skal konkret give eleverne og de studerende ny viden og indsigt, som de kan bidrage med i deres fremtidige eller nuværende ansættelse. I den forbindelse er det også vigtigt, at eleverne/ de studerende introduceres for den nyeste velfærdsteknologi og inspireres til at tænke innovativt i forhold til løsninger af fremtidens opgaver på social- og sundhedsområdet.

Kommuner og region skal til gengæld skabe rammerne for, at den tværfaglige og helhedsorienterede tilgang, nytænkning og innovation har mulighed for at udfolde sig.

Gensidige aftaler og organisering

Hvis strategien skal gøre en forskel og skabe positive forandringer, så skal den følges op af en prioriteret indsats hos alle involverede parter - både hver for sig og i fællesskab. Alle involverede parter har derfor med strategien forpligtet sig til at indgå i konkrete handlinger målrettet mod strategiens pejlemærker.

Organisatorisk skabes nedenstående ramme for det videre arbejde med tværsektoriel kompetenceudvikling på social- og sundhedsområdet:

Round table

Der afholdes "Round Table" møde en gang årligt. Round table har til opgave at følge de konkrete aktiviteter og sikre videndeling af de erfaringer, der skabes. Round table har fokus på fælles tiltag og planer på regionalt niveau, herunder strategisk dialog, tværgående/tværfaglige uddannelsesmoduler og tilbud, evt. fælles forskningsrelaterede indsatser, fælles udviklingstiltag m.v.

Lokalt samarbejde

Der skabes lokale samarbejder mellem kommune, region og uddannelsesinstitutioner, og/eller klyngesamarbejder. De lokale samarbejder tager udgangspunkt i den fælles strategi og adresserer samtidig lokale behov og udfordringer, f.eks. i forhold til efter-/videreuddannelse, praktikforløb og etablering af særlige læringsmiljøer mm.

Koordinerende arbejdsgruppe

Den koordinerende arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner, region og uddannelsesinstitutioner som repræsenterer såvel socialområdet som sundhedsområdet følger løbende op på de konkrete aktiviteter og projekter og formidler erfaringerne til en bredere kreds.

Program for det politiske opstartsmøde

11.15: Ankomst og let frokost

12.00: Velkomst og formål med dagen

v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget og Henning Ravn, næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget.

12.10: Erfaringer fra Sundhedsaftalen 2015-2018

Kort drøftelse af hvilke vigtige erfaringer fra arbejdet med den nuværende sundhedsaftale, som skal bæres videre i arbejdet med den nye sundhedsaftale.

12.20: Visioner for det syddanske sundhedsvæsen

Kort præsentation og drøftelse ved bordene af tre politiske oplæg fra henholdsvis KKR Syddanmark, Region Syddanmark og PLO Syddanmark:

- **KKR Syddanmarks sundhedspolitiske visioner**
v/ Formand for Kommunekontaktrådet, Borgmester Egon Fræhr
- **Region Syddanmarks sundhedspolitiske visioner**
v/ Regionsrådsformand, Stephanie Lose
- **PLO Syddanmarks sundhedspolitiske visioner**
v/ Formand for PLO Syddanmark, Jørgen Skadborg

13.15: Pause med kaffe, te, kage og frugt

13.45: Gruppedrøftelse

I grupper skal der arbejdes med at skabe input til:

- Visionerne for den nye sundhedsaftale
- Vigtige politiske mål i den nye sundhedsaftale
- Andre gode idéer, som vil være nyttige at få arbejdet videre med

14.30: Opsamling i plenum

Tage Petersen og Henning Ravn samler i dialog med grupperne op på de vigtigste input fra gruppedrøftelserne.

14.55: Opsamling og afslutning

v/Tage Petersen, formand for Sundhedskoordinationsudvalget og Henning Ravn, næstformand i Sundhedskoordinationsudvalget

Laminat/folder-knæartrose-almen praksis

SIDE 1

Baggrund

De Nationale Kliniske Retningslinjer og Faglige Visitationsretningslinjer for Knæartrose (2012), anbefaler at al undersøgelse og behandling indledes i almen praksis og bør starte med patientinformation, smertebehandling, rådgivning om fysisk træning og om evt. vægttab.

Diagnose:

Diagnosen knæartrose bør stilles klinisk ud fra en samlet vurdering af risikofaktorer, symptomer og objektive fund:

Symptomer:

- Knæ smerter
- Igangsætningsledstivhed
- Nedsat fysisk funktion

Objektive fund:

- Bevægeindskrænkning
- Krepitation
- Øget ledomfang
- Fejlstilling
- Muskelsvaghed

Risikofaktorer:

- Alder over 40 år
- Overvægt
- Tidligere ledskaade
- Hårdt fysisk arbejde/fritid
- Arv

Differentialdiagnostisk

Overvej om eventuelle ekstra-artikulære årsager (myoser, tendinit, bursit) kan være den væsentligste smertekilde.

Degenerative meniskforandringer er hyppige ved knæledsartrose.

Vigtige differentialdiagnoser er artrit, arteriosclerose, neurit, ischias og referred pain (smerter fra ryg eller hofte kan opleves som knæ smerter).

Evt. paraklinisk undersøgelse ved mistanke om systemisk sygdom: CRP, leukocytter og eventuelt serum-urat og reumaprøver.

Billeddiagnostik

Overensstemmelsen mellem røntgenfund og oplevede symptomer er lav. Der kan gå 10-15 år fra symptomdebut til at forandringer kan ses på røntgen. Røntgen er først indiceret forud for henvisning til ortopædkirurg og ved differentialdiagnostiske overvejelser. MR-scanning har ingen plads i diagnostik af knæledsartrose.

SIDE 2

BEHANDLING

1. Patientuddannelse og patientinformation

Individuelle egenomsorgsstrategier aftales med patienten, herunder relevante mål vedr. smertebehandling, fysisk træning, hensigtsmæssige aktivitetsændringer og evt. vægttab.

2. Smertebehandling

Analgetikabehandling skal være i relevant dosis ud fra gældende generelle retningslinjer.

Som altid i smertebehandling ved kroniske sygdomme drejer det sig om en balancegang mellem effekt og bivirkning og ved knæartrose med det yderligere perspektiv, at sygdommen ofte har en

varighed i størrelsesordenen 20-30 år. Anvendelse af steroid- og antiinflammatorisk behandling er forbundet med særlige bivirkninger og tilrådes derfor ikke som længerevarende behandling.

3. Vurdering

Såfremt patientens kliniske tilstand er af en sådan sværhedsgrad, at behandling i primærsektoren må anses for udsigtsløs, henvises direkte til sygehus.

4. Træning

Træning ved mild og moderat knæartrose kan være konditions- og styrketræning til at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. For at opnå effekt på smerter og fysisk funktion, anbefales det, at træningen udføres 2-3 gange om ugen i mindst 6 uger. Det anbefales, at hjemme- og selvtræning altid starter med et superviseret forløb.

Træning ved svær artrose foregår på samme måde som ved mild og moderat artrose og er typisk forsøgt gennemført forud for indsættelse af nyt knæ.

Superviseret træning kan tilbydes hos fysioterapeuter, som er specialuddannede i artrosebehandling (se www.sundhed.dk) eller i kommunalt sundhedscenter (se afsnit 5 nedenfor).

5. Vægttab

Vægttab anbefales ved overvægt ($BMI \geq 28$). Overvægtige anbefales et vægttab på $> 5\%$ af kropsvægten for at mindske smerter og bedre den fysiske funktion. Vægttabet skal vedligeholdes for at bevare effekten.

Superviseret vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se afsnit 5 nedenfor).

6. Henvisning til kommunalt tilbud

Patientuddannelse og træning samt forløb om vægttab tilbydes i nogle kommunale sundhedscentre (se www.sundhed.dk og henvisning sker elektronisk via MedCom-standarden REF01). Henvisning på grundlag af stratificering efter sygdommens sværhedsgrad og egenomsorgsevne.

7. Henvisning til sygehus

Patienten henvises til vurdering hos ortopædkirurg med henblik på operation ved følgende kriterier (ikke alle af nedenstående kriterier skal være opfyldt):

1. Behandling i primærsektoren har ikke givet en tilfredsstillende effekt ift. smerte- og funktionsniveau.
2. Mekanisk blokering af knæets bevægelse.
3. Svær eller tiltagende fejlstilling af knæet (smerter vil ofte være henvisningskriteriet).
4. Svær instabilitet.
5. Svær extensionsdefekt der stadig er til stede efter gennemført fysioterapi.
6. Hvis der af andre årsager ønskes vurdering ved ortopædkirurg.

Patienter der falder indenfor punkterne 2-6 henvises direkte uden forudgående tiltag i primærsektoren.

Følgende skal fremgå ved henvisning til sygehus

Kort anamnese og objektive fund

Patientens funktionsniveau

Beskrivelse af den gennemførte behandling i almen praksis og supplerende basisbeh. i primærsektoren, samt effekten heraf

Resultat af røntgenundersøgelse

At patienten er indstillet på eventuel operativ behandling

Opdateret FMK

Patientens sociale status og evt. verserende forsikringssag

NB: Sekundærsektoren har mulighed for at afvise henvisninger, som ikke opfylder ovennævnte.

ICPC

L90.

Opfyldes de diagnostiske kriterier ikke, kan man overveje kode L15: Symptom/klage fra knæ.

Links (kommer i den elektroniske version på sundhed.dk)

[Faglige visitationsretningslinjer vedr. knæartrose - Sundhedsstyrelsen.](#)

[Knæartrose på Lægehåndbogen.](#)

[Slidgigt i knæet på Patienthåndbogen.](#)

[Lægehåndbogen om Knæledspunktur.](#)

Generisk model for arbejdsdeling, henvisning til og kvalitetssikring af træningstilbud til borgere

1. Baggrund

Regeringen og Danske Regioner har siden 2011 i økonomiaftalerne aftalt, at der løbende skal udformes nye visitationsretningslinjer for en række behandlingsområder.

Visitationsretningslinjerne vil i mange tilfælde indebære superviseret træning i primærsektoren før henvisning til sygehuset med henblik på yderligere udredning eller operation.

Men det er imidlertid ikke fastlagt i visitationsretningslinjerne, om træningsopgaven konkret skal varetages af praktiserende fysioterapeuter eller af kommunale fysioterapeuter.

Derfor godkendte Den Administrative Styregruppe for sundhed (DAS) den 4. juni 2013 et kommissorium for en arbejdsgruppe vedr. træningstilbud i forbindelse med nationale visitationsretningslinjer til sygehusbehandling.

Arbejdsgruppens hovedopgave bestod i, at udarbejde en generisk model for arbejdsdeling, henvisning til og kvalitetssikring af træningstilbud.

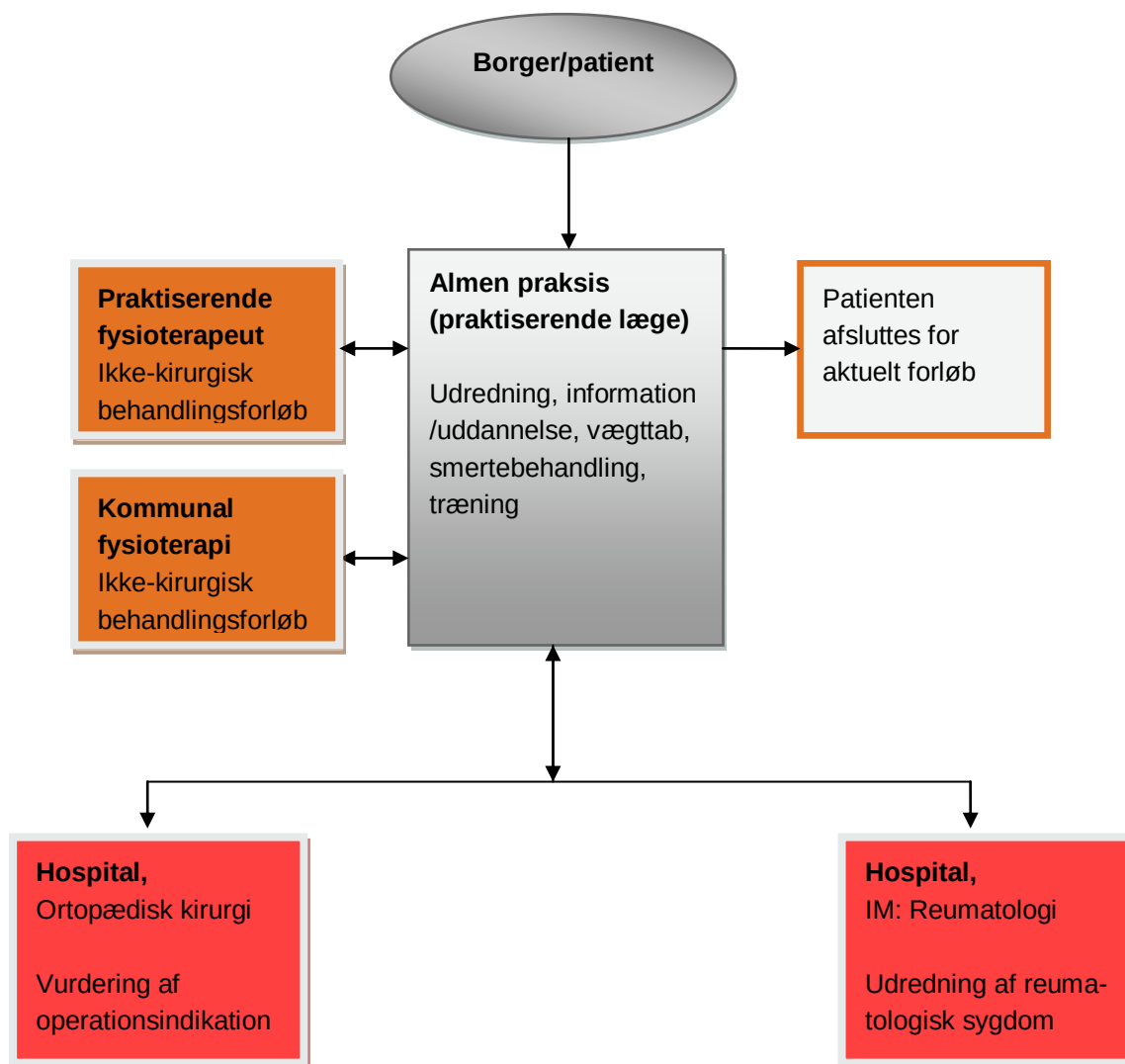
Præmisserne er, at patienter med enkelte undtagelser i videst muligt omfang skal tilbydes ikke-kirurgisk behandling i primær sektor før henvisning til hospital med henblik på kirurgi.

2. Resumé

[kort præsentation af den aktuelle nationale visitationsretningslinje]

3. Valg af udfører – praktiserende fysioterapeut eller kommunal fysioterapeut

Modellen for patient flow finder alene anvendelse for træningstilbud til borgere. Forebyggelse og genoptræning er derfor ikke omfattet af modellen.



Som udgangspunkt henvises borgeren/patienten til træning/behandling hos den praktiserende fysioterapeut.

Hvis en eller flere af følgende situationer er gældende, bør det overvejes, om borgeren/patienten i stedet skal henvises til træning/behandling i kommunalt regi:

1. Borgeren/patienten er tilknyttet den kommunale hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje.
2. Borgeren/patienten har en lav egenomsorgsevne, som betyder, at vedkommende vil have svært ved at deltage i et tilbud hos en praktiserende fysioterapeut.

3. Borgerens/patientens situation kompliceres af sygdommens sværhedsgrad/stadium for den enkelte lidelse og evt. comorbiditet, hvor indsatsen kræver en koordinering mellem flere samtidige (kommunale) indsatser (f.eks. jobcenter, sundhedscenter m.v.).

Med disse ting i mente skal den praktiserende læge sammen med patienten beslutte, hvor træningen/behandlingen skal foregå.

Målgruppen for træning i kommunalt regi, herunder lav uddannelse og indkomst

Generisk model for forløbsprogram for kroniske syge – Modul sårbare patienter.

Overordnet drejer det sig om patienter, der på grund af enten svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap m.v. og eventuelt svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser – eller på grund af begrænsede personlige ressourcer og ringe sygdomsindsigt, eller sociale/kulturelle forhold har svært ved, at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg. Der skal være opmærksomhed også på disse patienters familier.

Førstnævnte gruppe inkluderer *patienter med flere samtidige sygdomme*, forventet begrænset restlevetid og ofte høj alder, lavt funktionsniveau og stor afhængighed af indsatser fra almen praksis og hjemmeplej. Forhold, der også kan karakterisere nogle "ældre medicinske patienter".

Den anden gruppe omfatter *patienter med begrænsede personlige ressourcer*, herunder mennesker med ingen eller kort uddannelse og lav indkomst, mennesker med anden etnisk oprindelse end dansk og nedsatte sprogkunderskaber. Specifikt vil hjemløse, misbrugere og nogle mennesker med sværere, psykisk sygdom ofte kunne betegnes som sårbare.

Opmærksomhedspunkt vedrørende sygemeldte:

Praktiserende læge, praktiserende fysioterapeut og den kommunale fysioterapeut skal understøtte, at patienten kommer hurtigst muligt tilbage til sin arbejdsplads/arbejdsmarkedet og eventuelt samarbejde med det kommunale jobcenter.

4. Henvisningsform til praktiserende fysioterapeut eller kommunal fysioterapeut

Principielt er der ikke forskel på indholdet i henvisning til kommunal fysioterapi og praktiserende fysioterapeut, selvom der er to forskellige elektroniske blanketter.

Henvisning til fysioterapeut

På www.sundhed.dk på lægesiden er der en beskrivelse af lidelser, hvor træning indgår i behandlingen. Der er desuden kortlagt behandlingsmuligheder i kommune og privatpraksis under den aktuelle lidelse. Patienten kan henvises til fysioterapeut i henhold til de gældende regler for henvisning til fysioterapi. Patienter vil blive behandlet i henhold til Danske Fysioterapeuters kliniske retningslinjer for fysioterapi til patienter med den pågældende lidelse. På henvisningen anføres, at patienten "*henvises til behandling for den pågældende lidelse jf. kliniske retningslinjer*". Efter endt behandling sender fysioterapeut en epikrise.

Der er for kommunerne en særlig mulighed for, at indgå lokale aftaler mellem læger og kommune om dynamiske henvisninger i MedCom regi svarende til det, vi nu kender fra henvisning til tilbud til hjerte-, KOL-, diabetes og kræftrehabilitering i en landsdækkende aftale. Kommunernes tilbud anbefales, i fald det er den beskrevne målgruppe. Der vil imidlertid være enkelte kommuner som ingen tilbud har.

Det vil være hensigtsmæssigt, at der arbejdes for, at henvisningerne bliver ens for de nordjyske kommuner, så de praktiserende læger ikke bliver udsat for forskellige henvisninger til kommunerne i de tilfælde, hvor de har mulighed for at henvise til mere end en kommune.

Kendetegnet for en dynamisk henvisning er, at lægerne i deres IT system kan klikke på "Kommunepakke" og vælge f.eks. emnet diabetes. Der vil herefter fremkomme en række "visitationsfraser", som læ-

gerne skal forholde sig til i forbindelse med henvisning til tilbuddet. Når lægen har forholdt sig til disse fraser/tjekpunkter indhentes automatisk oplysninger til edifact henvisningen. Dette vil sige, at henvisningen leveres i kommunens omsorgssystem (f.eks. Care) med det, lægen har udfyldt under de foruddefinerede fraser – eksempelvis: Særlige forhold, Henvisningsdiagnose, Ønsket, Kliniske undersøgelser, Anamnese – 8 i alt.

For de læger, der har et system, der endnu ikke er forberedt på dynamiske henvisninger til kommunetilbud, kan tilsvarende fraser være en del af de oplysninger, der indgår i beskrivelsen af og henvisning til tilbuddet på www.Sundhed.dk

5. Kvalitetssikring

Ydelser forudsættes udført i overensstemmelse med gældende retningslinjer og almindeligt anerkendt, faglig standard. Kommunale fysioterapeuter eller praktiserende fysioterapeuter, der bistår ved behandlingen/træningen, skal have den fornødne uddannelse, der kræves for at kunne varetage behandlingen.

Det forudsættes, at udførende fysioterapeut og personale, der bistår behandlingsforløbet, kontinuerligt deltager i relevant efteruddannelse, med henblik på at sikre at vedkommendes færdigheder og viden på området til stadighed er ajour, således at der sikres ydelser af høj kvalitet i henhold til gældende faglige retningslinjer.

Der forudsættes kvalitetssikring af henvisninger fra de praktiserende læger, herunder gældende lokale aftaler og fraser, samt præsentation af muligheder for forebyggelse og træning.

En del af kvalitetssikringen er desuden, at der samarbejdes med relevante aktører - uanset om træningen foregår i privat praksis eller i kommunen, f.eks. at understøtte borgeren i tilbagevenden til arbejde eller henvise til forebyggende tilbud.

Er der behov for mere formaliseret samarbejde i ovenstående kan dette i mange tilfælde bedst foregå i forbindelse med træning i kommunalt regi:

- Jobcentret i forhold til tilbagevenden til arbejde (behov for fælles målsætning og tilbagemeldingspraksis)
- Kommunens hjemmepleje og hjemmesygeplejen (mange aktører i rehabiliteringsfasen)
- Sundhedscentret om sundhedssamtaler og relevante forebyggende tilbud i relation til dette f.eks. kostvejledning, rygestop

Der indgår dog i nogle tilfælde også samarbejde med de praktiserende fysioterapeuter om tilbagevenden til arbejdet. Der er i praktiserende fysioterapeuters overenskomst mulighed for dels at kontakte jobcenteret for samarbejde, og dels mulighed for at tage med ud til en sygemeldt borgers job og kikke herpå.

Kriterier til vurdering af kvalitetssikring:

- a. (efter-)uddannelse af udfører
- b. certificering af personale
- c. krav om at personaler følger gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelser m. fl.
- d. registrering og indberetning til databaser
- e. brug af eksisterende data, f.eks. data fra PAS (PatientAdministrativtSystem)

Anbefaler monitorering af indsatsen således at det er muligt at vurdere, om indsatsen er i overensstemmelse med gældende faglige retningslinjer.

6. Træningsindsatsen

Uanset hvor træningen udføres, skal den altid leve op til gældende faglige retningslinjer.

Fysioterapeuten foretager sin anamnese og objektiv undersøgelse med udelukkelse af "røde flag" og en vurdering af den enkelte patients trænings- og behandlingsbehov, efter gældende kliniske retningslinjer og udarbejder herudfra en træningsbehandlingsplan. Patienten informeres og vejledes i arbejdsforhold, og individuelt tilpasset træningsprogram. I information til patienten indgår også orientering om mulighed for relevante forebyggelsestiltag i forhold til generelle helbredsforhold og hjælp til at blive henvist til eller til at kunne kontakte kommunens tilbud f.eks. vægttab og kostvejledning til borgere med knæartrose.

Trænings- og behandlingsprogram indeholder typisk individuel/ hold optræning, manuel behandling samt manuel mobilisering eller manipulation og patientundervisning. Efter afsluttet behandlingsforløb skal der sendes epikrise til patientens praktiserende læge.

7. Uddannelse af patient/borger

Patienten skal i videst muligt omfang via patientinformation og uddannelse gøres i stand til, at tage vare på egen situation mere generelt, og det er træningen en naturlig del af.

8. Håndtering af nye visitationsretningslinjer eller ændringer i eksisterende

Når der kommer nye nationale visitationsretningslinjer eller sker ændringer i de eksisterende, så har parterne hver især et ansvar for at gøre opmærksom på, hvis der er ændringer, som har indflydelse på eksisterende aftaler / det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner.

Henvendelse vedrørende disse ændringer skal ske til Porteføljestyregruppen under sundhedsaftalen. Porteføljestyregruppen kan befordre, at der udfærdiges et kommissorium for en mindre tværsektoriel arbejdsgruppe, som derefter nedsættes til at håndtere de ændringer der måtte være nødvendige i forhold til eksisterende aftaler / tværsektorielle samarbejder. Der kan også blive tale om at iværksætte et nyt samarbejde, hvis der er tale om en helt ny visitationsretningslinje.

I forbindelse med implementering af nye visitationsretningslinjer eller ændringer i eksisterende bør der ske følgende:

- Udarbejdelse af en tværsektoriel forløbsbeskrivelse, som beskriver arbejdsdelingen mellem de involverede aktører.
- Indarbejdelse af nye arbejdsgange i eksisterende forløbsbeskrivelser fx i almen praksis.
- Sikring af at de rette henvisningsmuligheder er til stede, herunder, hvem der henviser, hvordan der henvises, og hvad en henvisning bør indeholde.
- Kortlægning af eksisterende indsatser hos de involverede aktører, og flytning eller udvikling af nye tilbud, hvis det kræves.
- Kvalitetssikring af indsatsen, således at der gives en ensartet kvalitet til borgerne uanset, hvor de trænes.
- Monitorering af indsatsen aftales mellem parterne.

Bilag:

Lidelse	Henvisnings fraser	Kriterier/behovs - vurdering	Henvisning (dynamisk henvisning) sendes til	Tilbud og Kvalitetssikring
For hver ny lidelse, der kommer visitationsretningslinje på, implementeres retningslinjen med afsæt i denne model. Forløbsbeskrivelse lægges på www.sundhed.dk og der gives mulighed for dynamisk henvisning via lægesystemer.	Arbejdsgruppe for kliniske visitationsretnings linjer eller faglig referencegruppe på området formulerer henvisnings fraser dvs. hvilke oplysninger, der ønskes fra praktiserende læge i forbindelse med en henvisning. Max 8. stk. F.eks. har patient gennemgået: - den anbefalede fysioterapi? - smertestillende behandling? - BMI? - Røntgen	Råd og vejledning	Praktiserende læge, kommune og praktiserende fysioterapeut	Egen indsats Understøtte tilbagevenden til job efter sygdom Henvisning til kommunale KRAM tilbud m.v.
		Forebyggelsestilbud (KRAM)	Kommunal aktør	Evidensbaseret indsats
		Samarbejde med andre aktører (hjemmepleje, job-center)		Samarbejde med andre kommunale aktører
		Sårbare/skrøbelige borgere (Jf. definition i generisk model for forløbsprogrammer)		Tilbud særligt tilpasset målgruppen
		Borgere med høj grad af egenomsorg	Praktiserende fysioterapeut	- Evidensbaseret indsats - Understøtte mål for tilbagevenden til job efter sygdom - Henvisning til kommunale KRAM tilbud mv.
		Behov for specialiseret indsats jævnfør beskrivelse/tidsplan i den kliniske retningslinje	Sygehus	- Udredning for anden lidelse - Operation - Specialiseret genoptræning

Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader ift. genoptræningsplaner til patienter i psykiatrien i Region Syddanmark

Baggrund

I forbindelse med bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 og vejledning nr. 9759 af 8. oktober 2014 er det blevet tydeliggjort, at patienter, som udskrives fra den regionale psykiatri, på samme måde som somatiske patienter har ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset.

Genoptræningsbehovet behøver ikke (som det fremgik af den gamle vejledning) være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienters psykiske sygdom.

Som konsekvens heraf er der behov for en tydeliggørelse af rammen for arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter i Region Syddanmark.

Nærværende notat har til formål at angive:

1. En nærmere afgrænsning af, hvornår psykiatriske patienter kan have behov for en genoptræningsplan: hvem er i målgruppen?
2. En model for, hvordan der kan sondres mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer.

Hvornår har patienten ret til en genoptræningsplan?

Patienter har ret til genoptræning på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Vurderingen er konkret og individuel og skal tage hensyn til patientens ressourcer og motivation for genoptræning.

Vurderingen gælder alle patienter, uanset diagnose og alder. Genoptræningsbehovet tager udgangspunkt i funktionstab - ikke en specifik somatisk eller psykiatrisk lidelse. Udskrivning kan foregå fra stationært afsnit, ambulatorium eller akut modtagerafsnit. Endeligt skal patienten samtykke til planen.

Hvordan vurderes, om der er et behov?

Overordnet omfatter genoptræning kroppens funktioner og genoptræning af aktiviteter, dvs. funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbehovsgrænsninger.

Hensigten er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

I vurderingen af om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som en genoptræning er, skal der indledningsvis foretages en overordnet helhedsvurdering af:

- om patienten er motiveret for en genoptræningsindsats og har et potentiale, der kan realiseres gennem genoptræning;
- om patienten lige så vel kan klare sig ved egen hjælp;
- om patientens behov er diffuse og bedre imødekommes af anden kommunal indsats.

Såfremt den overordnede helhedsvurdering peger på, at en genoptræningsplan kan være relevant, skal følgende mere specifikke spørgsmål overvejes:

- **Har patienten en *bevægelsesmæssig* funktionsevnenedsættelse?**
 - På grund af en somatisk lidelse eller fysisk skade fx fraktur fra fald, nerveskader i forbindelse med selvmordsforsøg
 - Som følge af længere tids inaktivitet/isolering afledt af den psykiatriske diagnose fx målbar og/eller synlig nedsat balanceevne, nedsat bevægelighed, muskelkraft, koordination
 - Som følge af smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed.
- **Har patienten en *aktivitetsmæssig* funktionsevnenedsættelse?**
 - Patienten kan ikke problemløse i hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg pga. af udfordringer i relation til læring og anvendelse af viden, fx ambivalens
 - Patienten kan ikke holde aftaler og opretholde struktur/daglige rutiner/meningsfulde aktiviteter pga. længere tids inaktivitet, isolation og/eller sygdomsbelastning/karakter
 - Patienten kan have problemer med at forstå meddelelser, samtale og fremstille meddelelser, pga. sygdommens karakter og/eller længere tids isolation
 - Patienten har svært ved at færdes med transportmidler pga. angst eller andre psykiatriske diagnoser
 - Patienten har svært ved at tage omsorg for sig selv, fx bad, spise og/eller varetage egen sundhed og desuden almindelig husførelse pga. kognitive forstyrrelser, angst, spiseforstyrrelser, vrangforestillinger og/eller længere tids inaktivitet.
- **Har patienten en *mental (kognitiv eller emotionel)* funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?**
 - I forhold til at orientere sig
 - Patienten har svært ved at tage initiativ, energiniveau, handlekraft, impuls-kontrol
 - Hukommelse og opmærksomhed
 - Psykomotoriske funktioner fx reduceret kropssprog, rastløshed, ændret motorik og tempo
 - Tænkning fx negative automatiske tanker
 - Oplevelse af egen krop og selvet fx. forstyrret kropsopfattelse, vrangforestillinger, depersonalisering.
- **Har patienten en *social* funktionsevnenedsættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?**
 - Patienten har svært ved sociale færdigheder fx konflikthåndtering og samtalefærdigheder, interpersonelt samspil og kontakt, pga. sygdommens karakter, kognitive deficits, angst og/eller længere tids isolation.

Såfremt det konstateres, at patienten har en eller flere af de nævnte funktionsevnenedsættelser, udarbejdes en genoptræningsplan.

Model for sontring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

Modellen nedenfor angiver sontringen mellem henholdsvis behandling, specialiseret genoptræning og almen genoptræning med udgangspunkt i en vurdering af patienterne på syv parametre.

Disse parametre er:

1. Selvmordsrisiko
2. Psykologisk indsigt
3. Motivation for at arbejde med sig selv
4. Evne til symptom-mestring
5. Tidligere behandlingsforløb,
6. Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver
7. Årsagen til funktionsevnenedsættelsen.

Modellen er fremstillet i regi af en tværsektoriel arbejdsgruppe under Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering, da der ikke på nuværende tidspunkt findes et valideret hjælpværktøj til at sondre mellem behandling og forskellige genoptræningsniveauer på det psykiatriske område. . Arbejdet har taget udgangspunkt i ICF modellen (International Classification of Functioning, Disability and Health) samt undervisningsmateriale omhandlende genoptræningsplaner i psykiatrien fra Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Genoptræning i psykiatrien

Behandling = B
 Specialiseret GOP = S
 Almen GOP = A

	Grad 5	Grad 4	Grad 3	Grad 2	Grad 1
Selvordsrisiko	Akut øget risiko	Moderat øget risiko	Let øget risiko	Ingen øget risiko	Ingen øget risiko
Psykologisk indsigt	Ingen psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Erkender ikke behandlingsbehov	Har sikker og påtrængende fornemmelse af at have problemer. Mener, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der er årsag til problemerne	Har svært ved at aflæse egne og/eller andres intentioner og motiver. Overvældes af symptomer og udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen
Motivation for arbejde med sig selv	Er modstander af behandling, selv om den er påkrævet	Henvender sig af nød, da symptomerne er overvældende, mere end af egen vilje. Vil helst have symptomer fjernet hurtigst muligt uden egen indsats. Indsigt er ikke af interesse – kan ikke se symptomernes alvor og er ikke motiveret for behandling, men tager imod denne uden større involvering	Har selv henvendt sig på andres opfordring og er tilbageholdende med at angive, hvad der evt. kan blive anderledes hos vedkommande selv. Har svært ved at skabe mulighed for at behandlingen kan finde sted	Henvender sig med ønske om behandling/træning. Har ønske om at forandre sig på bestemte områder og arrangerer sig, så behandlingen kan finde sted.	Er afklaret omkring egne behov for træning og arbejder målrettet med det
Evne til at mestre symptomerne	Har opgivet eller er ligeglad med symptom-mestring	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet, men patienten har delvis opgivet at mestre symptomer (skal motiveres og undervises)	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet i form af sygemelding, isolation, inaktivitet	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær, men der opretholdes kontakt til familie, venner, uddannelse, arbejde.	Formår kortvarigt at håndtere symptomer, så hverdagslivet kritiske områder kan klare
Tidligere behandlings/træningsforløb	Tidligere behandlingsforløb uden resultater. Opgivende overfor yderligere forsøg	Tidligere behandlingsforløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat	Tidligere behandlingsforløb med godt resultat	Ingen tidligere behandlingsforløb – nuværende er første behandlingskrævende situation
Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver	<i>Ydre regulering</i> Kan ikke mestre hverdagsopgaver og har behov for rutiner, handson, struktur samt sanseredskaber	<i>Begyndende co-regulering</i> Kan ikke mestre hverdagsopgaver, men er deltagende, lyttende og afprøvende, synkronisering, dvs. træning/aktiviteter gennemføres med tæt guidning og med mulighed for visuelt at kopiere terapeuten.	<i>Co-regulering</i> Kan med tæt støtte og guidning udvise initiativ omkring hverdagsopgaver, tager stilling, vælger til og fra på bevidst niveau	<i>Begyndende selvregulering</i> Kan mestre hverdagsopgaver i træningsrummet, men lykkes ikke hjemme	<i>Selvregulering</i> Kan mestre hverdagsopgaver med supervision og opfølgning både til træning og hjemme, men har brug for at blive konsolideret i hverdagen
Årsag til funktions- evnenedsættelsen	Overvejende psykisk betinget. Den subjektive oplevelse af egen krop er så forstyrret, at der er udtalt diskrepans mellem det udlevede funktionsniveau og det faktiske funktionsniveau.	Primær psykisk betinget. Der kan findes spor i kroppen og dens funktioner med psykomotoriske test. Den belastede subjektive oplevelse af egen krop er væsentlig med til at forstyrre funktionsevnen.	Både psykisk og somatisk betinget. Der kan måles og observeres fald i funktionsevnen med almen test	Primær betinget af somatisk lidelse som, dog fortsat med hensyntagen til psykiske forhold	Udelukkende somatisk sygdom og ingen særlige hensyn

Anvendelse af modellen

Hvis vurderingen af patienten på en eller flere parametre er, at patienten har behov for behandling, tilrettelægges den samlede indsats som behandling i sygehusregi. I den forbindelse tillægges vurderingen af patientens selvmordsrisiko særlig vægt.

Hvis det er vurderingen, at patienten ikke er behandlingskrævende, skal den lægefaglige vurdering afklare, om patienten måtte have behov for specialiseret eller almen genoptræning. Vurderingen skal ske med udgangspunkt i patientens placering ift. de syv parametre samt en realistisk vurdering af, om patientens funktionsevne kan bedres i en målrettet tidsafgrænset proces.

Taler den samlede vurdering af parametrene overvejende for at patienten får en specialiseret genoptræningsplan eller en almen genoptræningsplan?

I den forbindelse vurderes parametrenes betydning for den enkelte patient ligeledes.

Det bemærkes, at rehabilitering på specialiseret niveau ikke er indarbejdet i denne generelle model. Årsagen hertil er, at den primære målgruppe for den aftale om rehabilitering på specialiseret niveau, Region Syddanmark har indgået med de 22 kommuner, er voksne med erhvervet hjerneskade. Som det også fremgår af aftalen, betyder det ikke, at der ikke kan være patienter med andre primære diagnoser – herunder psykiatriske patienter – som har behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. I sådanne situationer vil der imidlertid være behov for en særskilt dialog mellem sygehus og kommune med udgangspunkt i den enkelte patients situation.

Ventetider

I "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" (BEK nr 1088 af 06/10/2014), fremgår af §3: "Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræningen efter udskrivning fra sygehus, hvis der er sundhedsfagligt begrundet behov herfor".

Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark har derfor godkendt "Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser", som formelt trådte i kraft pr. 1. januar 2015.

Aftalen beskriver, hvordan det kan sikres, at der fastsættes tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatsen, hvor der er et sundhedsfagligt begrundet behov herfor.

Det gælder derfor at:

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

Efter afsluttet forløb med almen genoptræning skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til sygehus samt patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Fritvalsregler om genoptræning

Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, har ret til at vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom.

Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner.

Patienter har derimod ikke mulighed for at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom.

Hvordan henvises til genoptræning?

Når patienten på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, udarbejder sygehuset en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standard G-GOP. Genoptræningsplanen skal udskrives og udleveres til patienten.

Ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med udarbejdelse og fremsendelse af genoptræningsplanen kan kommunen etablere en personlig kontakt til hospital med henblik på personlig dialog.

Oversigt over kontaktoplysninger til de kommunale træningsafdelinger kan findes på Sundhed.dk.

Efter afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til sygehus samt patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Hvordan henvises til andre kommunale tilbud?

Patienter, der ikke er i målgruppen for en genoptræningsplan, men har andre behov, kan henvises:

- Til kommunens sundhedsafdeling gennem MedCom standarden Kommunehenvisning (REF01) til en indledende afklarende samtale i kommunen.
- Til kommunens socialafdeling, fx SEL § 85 eller SEL § 99 (støtteordninger), såfremt der foreligger en aftale herom mellem sygehus og kommune.

I forbindelse med fremsendelse af en henvisning til andre kommunale tilbud kan kommunen med fordel etablere en personlig kontakt til hospital med henblik på personlig dialog.

Oversigt over kontaktoplysninger til de kommunale sundheds- eller socialafdeling kan findes på Sundhed.dk.

Efter afsluttet forløb i sundhedsafdelingen skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til sygehus (såfremt man herfra har bedt om det) samt patienten praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Særligt om overgangen mellem sektorer

Genoptræningsindsatsen kan med fordel tilrettelægges som en parallel indsats, der forgår samtidig med ambulant lægefaglig behandling og kontrol, fx løbende samtaleforløb.

Den specialiserede genoptræning kan med fordel tilrettelægges således, at en eventuel overgang til almen genoptræning sker gnidningsfrit, fx kan afslutningen af den specialiserede genoptræning udføres i kommunale lokaler i et samarbejde mellem regionale og kommunale ansatte.

Rammer for evaluering af 'Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsplaner

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

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

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

I aftalen fremgår det, at:

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

Det fremgår ligeledes i aftalen, at Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering igangsætter en undersøgelse af følgende spørgsmål:

- I hvilket omfang og hos hvilke patientgrupper anvender sygehusene muligheden for at angive en startdato for igangsættelse af den kommunale genoptræning – henholdsvis tidligere og senere end 14 dage.
- Hvilke begrundelser angives?
- I hvilket omfang lever kommunerne op til tidsfristerne angivet i genoptræningsplanen

Region Syddanmark udarbejdede i perioden oktober 2015 – februar 2016 rapporten 'Devaluering af aftalen om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser', som primært omhandlede implementeringen af og kendskabet til ventetidsaftalen.

Med det sigte at besvare ventetidsaftalens spørgsmål foreslår Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering, at der iværksættes en bredere evaluering af ventetidsaftalen, hvor følgende målepunkter indgår:

- Kommunerne
 - Andelen af almene genoptræningsplaner hvori, der er angivet en fremrykkelse?
 - Er der angivet en sundhedsfaglig begrundelse?
 - Andelen af almene genoptræningsplaner hvori, der er angivet en udskydelse?
 - Er der angivet en sundhedsfaglig begrundelse?

- o Er den tidsfrist for påbegyndelse af genoptræningsindsatsen, som fremgår af genoptræningsplanen, overholdt?
- Sygehusmatriklerne (somatiske såvel som psykiatriske)
 - o Andelen af specialiserede genoptræningsplaner hvori, der er angivet en fremrykkelse?
 - o Er der angivet en sundhedsfaglig begrundelse?
 - o Andelen af specialiserede genoptræningsplaner, hvori, der er angivet en udskydelse?
 - o Er der angivet en sundhedsfaglig begrundelse?
 - o Er den tidsfrist for påbegyndelse af genoptræningsindsatsen, som fremgår af genoptræningsplanen, overholdt?

Det er indstillingen i Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering, at der ikke inden for en undersøgelse af det foreslåede omfang kan defineres nogle undergrupper af patienter, som det vil give mening at undersøge særskilt. Til gengæld har følgegruppen udvidet undersøgelsens perspektiv til også at omfatte håndteringen af specialiserede genoptræningsplaner på sygehusene, såvel somatiske som psykiatriske, for dermed at adressere eventuelle tværsektorielle udfordringer på området.

Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering foreslår følgende procedure for evalueringen:

1. Sekretariatet for Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering sender undersøgelsesmateriale til kommunerne og sygehusene, når godkendelse af undersøgelsen foreligger med referatet fra Det Administrative Kontaktforum .
2. Hver kommune sender opgørelse over i alt 20 almene genoptræningsplaner fordelt på uge 17, uge 33 samt uge 46 i 2016 samt uge 6 i 2017 til sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering senest 1. juni 2017. De fem første genoptræningsplaner modtaget i disse uger indgår i undersøgelsen.
3. Hver sygehusmatrikel sender opgørelse over i alt 20 specialiserende genoptræningsplaner fordelt på uge 17, uge 33 samt uge 46 i 2016 samt uge 6 i 2017 til sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering senest 1. juni 2017. De fem første genoptræningsplaner modtaget i disse uger indgår i undersøgelsen. Det bemærkes, at som følge af det mere begrænsede patientflow og deraf følgende lavere antal patienter med behov for specialiseret genoptræning, vil det næppe være alle psykiatriske sygehusmatrikler, som kan indgå med fem genoptræningsplaner fra de relevante uger.
4. Sekretariatet for Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering sammenskriver kommuners og sygehusenheders besvarelser med henblik på drøftelse i Følgegruppen den 14. august 2017. På baggrund af de indkomne besvarelser, drøfter Følgegruppe for Genoptræning og Rehabilitering ligeledes, om der er behov for en løbende monitorering af området.
5. Der sigtes mod, at evalueringen af ventetidsaftalen forelægges Det Administrative Kontaktforum den 22. september 2017.

Område: Sundhedsområdet
Afdeling: Center for Kvalitet
Journal nr.: -
Dato: 2. januar 2017
Udarbejdet af: Christian von Plessen, Lars Morsø, Caroline Raben, Jeanette Hounsgaard
E-mail: christian.von.plessen@rsyd.dk
Telefon: 63484060



Notat

Undersøgelse af genoptræningsområdet i Region Syddanmark Om Center for Kvalitet

Forslag til et fælles projekt

Indledning

I forlængelse af KORA rapporten 'Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner', som viste stor forskel på antallet af genoptræningsplaner mellem regioner, sygehuse og kommuner har man i Region Syddanmark drøftet rapportens resultater i Det Administrative Kontaktforum (DAK). På baggrund af denne drøftelse blev der den 8. december 2016 afholdt et møde med repræsentanter fra DAK samt Center for Kvalitet (CfK). Formålet med mødet var at præsentere de overvejelser om et fælles projekt, som DAK har gjort sig for at komme i dybden med de spørgsmål, som KORA rapporten rejser.

Ved mødet deltog tre repræsentanter fra de to regionale følgegrupper - Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering og Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt: Arne Vesth Pedersen, Annette Vestergaard Weng samt Morten Jessen-Hansen. Fra Center for Kvalitet (CfK) deltog fire repræsentanter: Christian von Plessen, Jeanette Hounsgaard, Lars Morsø, samt Caroline Raben.

Som indledning på mødet med CfK præsenterede repræsentanter for DAK hovedkonklusionerne på rapporten fra KORA, samt et forslag til et fælles projekt. Forslaget omfatter i fire spor:

1. Udvalgelse af en relevant patientmålgruppe – DAK har overvejet, at det af praktiske grunde vil være nødvendigt at afgrænse det videre arbejde til at omfatte en nærmere defineret patientgruppe
2. En kvantitativ undersøgelse, der for den udvalgte patientgruppe belyser, om KORA rapportens konklusioner også bliver underbygget af de nyeste data på området
3. En kvalitativ undersøgelse af indikationsgrænserne for udarbejdelse af en genoptræningsplan på sygehusenhederne i Syddanmark
4. En undersøgelse af effekten af genoptræning – DAK har overvejet at undersøge effekten af genoptræningen ved at sammenligne funktionsevnen før og efter genoptræningsforløbet på en række dimensioner og med udgangspunkt i eksisterende data

Repræsentanterne fra DAK udtrykte ønske om, at arbejdet deles op i mindre projekter, således at der løbende kan rapporteres delresultater til DAK med henblik på iværksættelse af tiltag, som kan styrke den fælles indsats på rehabiliteringsområdet.

Efterfølgende er der afholdt en intern drøftelse i CfK, omkring deltagelse i et muligt projektforsøg. Nedenstående forslag fra CfK omfatter seks delprojekter, der kan afvikles afhængigt af ønsket om omfanget af undersøgelsen. Forslaget har taget udgangspunkt i ovennævnte fire spor.

Det forventes at nærværende forslag til delprojekter diskuteres på næstkommende DAK møde, den 27. januar 2017, med en afklaring, der kan føre til iværksættelse af ét eller flere delprojekter.

Baggrund for genoptræningsplaner

I forbindelse med kommunalreformen fra 2007 gennemgik rehabiliteringsområdet en større transformation. Lovgivningsmæssigt blev det besluttet, at kommunerne fremover har myndighedsansvaret for genoptræning til patienter/borgere, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Det er således besluttet, at patienter i forlængelse af indlæggelse eller endt behandling i ambulatorium, skal have vurderet behovet for videre genoptræning. Dette sker ved en lægefaglig vurdering, og vurderes der et behov, udfærdiges en genoptræningsplan til effektivering enten i kommune eller som specialiseret genoptræning på hospital. Samarbejdet omkring genoptræningsplaner er fortløbende blevet udviklet gennem de seneste sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner. Opgørelser tyder dog på, at der er store regionale forskelle i antallet af udfærdigede genoptræningsplaner. Ligeledes er der interregionalt forskelle på antallet af genoptræningsplaner fra de enkelte sygehuse i regionen og til hvilke kommuner genoptræningsplanerne udfærdiges. Dette er sammenfattet i en større KORA rapport fra januar 2016. Opgørelserne er baseret på baggrund af registeroplysninger i perioden 2007-2013.

Udkast til projektforslag

Afhængig af hvor detaljerede resultater DAK ønsker, er der forskellige muligheder for et antal delprojekter som undersøger området. Følgende er CfK's forslag til et projektforslag med seks delprojekter:

Delprojekt 1: Indledningsvist foreslås en kvantitativ undersøgelse, der kan belyse antallet af genoptræningsplaner, samt hvordan genoptræningsplaner fordeler sig i Region Syddanmark på tværs af de fire sygehusenheder og de 22 kommuner. KORA rapporten viser nogle af disse data, men da rapportens resultater er baseret på ældre datatræk, ønsker udgangspunkt at få et nutidigt overblik over omfanget og fordelingen af genoptræningsplaner. Undersøgelsen baseres på allerede foreliggende tal. En arbejdsgruppe under DAK bistår med datatræk og behandling af disse data i samarbejde med CfK.

Resultatet foreligge DAK eller repræsentanter for DAK. Resultatet af delprojekt 1 er udgangspunktet for delprojekt 2.

Gennemføres i perioden: Januar til og med marts 2017. Tidspunktet for afslutningen af projektet kan evt. tilpasses møde i DAK.

Tidsforbrug: Max. 10 arbejdsdage svarende til 75 timer

Økonomi: Timepris sættes til 540 DKK, hvilket giver en maksimal økonomisk ramme på 40.500 DKK. Der føres logbog for timeforbruget og der afregnes efter det faktiske forbrug, dog **maksimalt 40.500 DKK**.

Delprojekt 2: I forlængelse af delprojekt 1 gennemfører CfK en dokumentgennemgang, som tager udgangspunkt i de skriftlige retningslinjer for genoptræningsplaner på de fire sygehusenheder i Region Syddanmark. Gennemgangen skal afklare en række forhold:

- Er der forskelle i omfang og indhold i retningslinjerne? Kan dette evt. forklare resultaterne i delprojekt 1?
- Indikerer retningslinjerne hvilke patientgrupper, som der er fokus på i forbindelse med vurdering af behov for genoptræning? Er der forskelle mellem de fire sygehusenheder?
- Angiver retningslinjerne forskellige indikationsgrænser for udarbejdelse af genoptræningsplaner?
- Hvorledes vurderes behov for udarbejdelse af en genoptræningsplan?

Dokumentgennemgangen tager udgangspunkt i de retningslinjer, som er oprettet som dokument i det elektroniske dokumentstyringssystem 'Infonet'.

CfK har erfaring for at gennemføre dokumentgennemgange, specielt med henblik på efterfølgende at kunne afdække den kliniske praksis i forhold til de skrevne retningslinjer.

Resultatet forelægges DAK eller repræsentanter for DAK. Resultatet af delprojekt 1 og 2 er udgangspunktet for delprojekt 3.

Gennemføres i perioden: April til og med maj 2017. Tidspunktet for afslutningen af projektet kan evt. tilpasses møde i DAK.

Tidsforbrug: Max. 10 arbejdsdage svarende til 75 timer

Økonomi: Timepris sættes til 540 DKK, hvilket giver en maksimal økonomisk ramme på 40.500 DKK. Der føres logbog for timeforbruget og der afregnes efter det faktiske forbrug, dog **maksimalt 40.500 DKK**.

Delprojekt 3: I forlængelse af delprojekt 1 og 2 identificeres og beskrives den eller de patientgrupper, som de efterfølgende delprojekter evt. begrænses til. Delprojektet er et forarbejde til delprojekt 4.

Resultatet forelægges DAK eller repræsentanter for DAK. Resultatet af delprojekt 1, 2 og 3 er udgangspunktet for delprojekt 4.

Gennemføres i perioden: Juni 2017. Tidspunktet for afslutningen af projektet kan evt. tilpasses møde i DAK.

Tidsforbrug: Max. 8 arbejdsdage svarende til 6 timer

Økonomi: Timepris sættes til 540 DKK, hvilket giver en maksimal økonomisk ramme på 32.400 DKK. Der føres logbog for timeforbruget og der afregnes efter det faktiske forbrug, dog **maksimalt 32.400 DKK**.

Delprojekt 4: Resultatet af delprojekt 1, 2 og 3 kan pege i forskellige retninger, og dermed være afgørende for det videre forløb. Et potentielt scenarie kunne være, at retningslinjerne ikke adskiller sig nævneværdigt fra hinanden på tværs af sygehusenhederne. Dette vil indikere at variationen ikke findes grundet forskellige retningslinjer, men derimod hvordan de enkelte sygehuse anvender retningslinjen.

I delprojekt 4 afdækkes variationer mellem det planlagte (som beskrevet i de skriftlige retningslinjer) og det faktisk udførte. CfK har gennem en del år arbejdet med at afdække forskellene mellem det som er planlagt og det som faktisk udføres i den daglige praksis. Der kan være sammenfald, men også forskelle, som kan forklare variationen i resultatet af det udførte arbejde.

Hvordan arbejdet faktisk udføres afdækkes gennem interview af det personale, som udfører arbejdet. Omfanget af undersøgelsen er bestemt af antallet af interview. Det anbefales, at der med udgangspunkt i den eller de patientgrupper, som er blevet udpeget i delprojekt 3 gennemføres 6-7 interviews pr. sygehusenhed, i alt maksimalt 28 interviews.

Resultatet forelægges DAK eller repræsentanter for DAK. Resultatet af delprojekt 1, 2, 3 og 4 er udgangspunktet for delprojekt 5.

Gennemføres i perioden: August til og med november 2017. Perioden trækker sig over flere måneder, da det erfaringsmæssigt er svært at finde tid til interviews i klinikernes travle hverdag. Tidspunktet for afslutningen af projektet kan evt. tilpasses møde i DAK.

Tidsforbrug: Max. 40 arbejdsdage svarende til 300 timer

Økonomi: Timepris sættes til 540 DKK, hvilket giver en maksimal økonomisk ramme på 162.000 DKK. Der føres logbog for timeforbruget og der afregnes efter det faktiske forbrug, dog **maksimalt 162.000 DKK**.

Delprojekt 5: Med udgangspunkt i resultaterne fra de fire delprojekter udvælges 14 konkrete genoptræningsplaner, som er afsluttet i kommunalt regi. Genoptræningsplanerne udvælges fra syv forskellige kommuner. De syv kommuner udvælges i samarbejde med DAK.

Der indhentes samtykke fra borgerne til at gå ind i deres konkrete genoptræningsforløb.

Gennem interview af borgere og medarbejderne i de syv kommuner afdækkes, om den konkrete genoptræningsplan, som blev udarbejdet efter borgerens udskrivelse fra sygehusenheden, var nyttig og i hvilket omfang den kunne virkeliggøres i et samarbejde mellem borgeren og kommunens medarbejdere. Der gennemføres 4x7 interviews, dvs. 28 interviews.

Resultatet forelægges DAK eller repræsentanter for DAK. Resultatet af delprojekt 1, 2, 3, 4 og 5 er udgangspunktet for delprojekt 6, som er et egentlig forskningsprojekt.

Gennemføres i perioden: December 2017 til og med marts 2018. Perioden trækker sig over flere måneder, da det erfaringsmæssigt er svært at finde tid til interviews i medarbejdernes travle hverdag. Tidspunktet for afslutningen af projektet kan evt. tilpasses møde i DAK.

Tidsforbrug: Max. 40 arbejdsdage svarende til 300 timer

Økonomi: Timepris sættes til 540 DKK, hvilket giver en maksimal økonomisk ramme på 162.000 DKK. Der føres logbog for timeforbruget og der afregnes efter det faktiske forbrug, dog **maksimalt 162.000 DKK**.

DAK møde	Deadline
27. januar 2017	3. januar 2017
30. marts 2017	3. marts
22. juni 2017	23. maj 2017
22. september 2017	25. august 2017
23. november 2017	27. oktober 2017

Organisering af projektet

CfK forestår organisation og ledelse af projektet. Dette vil være indeholdt i den ovennævnte økonomiske ramme. CfK forventer, at der vil være 4-5 forskellige medarbejdere tilknyttet projektet, således at de medarbejdere, som har kompetencerne indenfor et specifikt område, inddrages. En af medarbejderne vil have rollen som gennemgående projektleder og vil være kontaktperson for DAK.

Kommende mødeaktiviteter

Der oprettes en styregruppe med repræsentanter for DAK. DAK kan beslutte at give styregruppen beføjelser til at iværksætte delprojekterne uden forudgående godkendelse af DAK. Det kan ligeledes aftales, hvilke delprojekter der skal forelægges for DAK, før iværksættelse af det næste delprojekt. Formanden for styregruppen er CfK projektlederens kontakt til DAK.

Der udarbejdes en mødeplan mellem styregruppen og projektlederen, efter beslutning om iværksættelse af projektførløbet. Mødeplanen skal hænge sammen med de fastlagte møde i DAK i 2017.

Afsluttende bemærkninger

Ud over ovennævnte seks delprojekter kan CfK undervejs efter behov udarbejde oplæg til forskellige interventionsstudier, som kan belyse hvilke forbedringsprojekter, der kan iværksættes for at styrke indsatsen på rehabiliteringsområdet og deres resultat. Disse er ikke beskrevet i nærværende forslag. Vi modtager selvfølgelig gerne evt. kommentarer og forslag til projektførløbet og de enkelte delprojekter.

Vi står selvfølgelig også til rådighed for en præsentation på DAK mødet den 27. januar 2017.

Med venlig hilsen

Christian von Plessen
Centerchef
Center for Kvalitet

Forslag til udgående sygehusfunktioner og rådgivningsinitiativer målrettet kommuner

Odense Universitetshospital – SOF OUH				
Projekttitel	Initiativets art	Involverede parter	Kort beskrivelse	Anslået økonomi
Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde omkring den ældre medicinske patient (DÆMP) efter indlæggelse såvel som ved primære ambulante forløb	☒ Udgående funktion	Geriatrisk afdeling Svendborg Sygehus OUH og kommunerne i optageområdet. På sigt Geriatrisk afdeling OUH og alle kommuner på Fyn.	SOF-OUH forslår at oprette en geriatrisk udgående funktion, som vil bestå af flere faggrupper der bl.a. udreder, undersøger og behandler geriatriske patienter i deres eget hjem. Den udgående funktion kan fx varetage: • Opfølgning efter indlæggelse, hvis det vurderes, at det er nødvendigt med mere specialiseret kontrol og behandling i eget hjem. • Mobile laboratorier, der fx kan foretage de hyppigst anvendte blod-og urin analyser samt elektrokardiogram i patientens eget hjem. • Følge-hjem ordninger, hvor hospitalspersonale følger særligt udsatte borgere hjem, og sikrer en god overlevering fx til det kommunale sundhedspersonale. • Primære ambulante forløb, hvor patienten har svært ved at komme til ambulant undersøgelse grundet svækkelse og hvor alternativet er indlæggelse Endvidere skal rådgivningen til den kommunale hjemmesygepleje og de praktiserende læger formaliseres i form af: • Telefonisk kontakt, som giver praktiserende læger og/eller hjemmesygeplejen mulighed for at få hurtig rådgivning om akutte og subakutte patienter. • Mail-sparring, hvor den praktiserende læge elektronisk fremsender fokuserede spørgsmål og relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset. • Tele kontakt, der åbner mulighed for, at lave opfølgninger i patientens hjem eller fra gæstplads. Patienten er udskrevet, men har brug for opfølgning.(svar på prøver og lignende) SOF-OUH anbefaler forslaget med den begrundelse, at projektet er enkelt, taler til det kommunerne oplever som et behov og initiativet spiller godt sammen med de kommunale akutfunktioner og akutsygepleje.	Model – Svendborg Sygehus og optagekommuner: Varigt: 430.000 kr. årligt Model – Odense Universitetshospital og alle kommuner på Fyn: Varigt: 3.500.000 kr.
	☒ Rådgivning			

			Projektet er indledningsvist afgrænset til Afd. G Svendborg med optageområde, men SOF-OUH foreslår, at projektet udbredes til også at omfatte Afd. G Odense og denne afdelings optageområde således at alle kommuner på Fyn er med. SOF-OUH vil meget gerne have mulighed for at udarbejde et budget for dækning af hele Fyn. Et foreløbigt bud er, at 5-6 fagpersoner (sygeplejersker og evt. terapeuter) kan dække hele Fyn. Det vil koste i omegnen af 3,0 mio. kr. Dertil kommer diverse driftsomkostninger – ex. leasing af biler. Dvs. i omegnen af 3,5 mio. til opgaven.	
--	--	--	---	--

Sydvestjysk Sygehuse – SOF SVS				
Projekttitel	Initiativets art	Involverede parter	Kort beskrivelse	Anslået økonomi
Akutteam	☒ Udgående funktion	Fælles Akut Modtagelsen (SVS) og kommunerne i optageområdet	Sydvestjysk Sygehus og Esbjerg kommune har etableret et akutteam med matrixledelse mellem Fælles Akut Modtagelsen på Sydvestjysk Sygehus og Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune. Dette for at styrke, understøtte og udvikle det nære sundhedsvæsen og sikre den bedste overlevering/sektorer overgår – primært for ældre medicinske patienter og patienter med demens. Sydvestjysk Sygehus ønsker i partnerskab med alle kommunerne i optageområdet at udvikle akutte indsatser i samarbejde med praktiserende læger og lægevagten til akut syge borgere i eget hjem. Udviklingen skal ske på baggrund af de erfaringer, der allerede er gjort mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus.	Ikke specificeret
	☐ Rådgivning			
Danmarks bedste overlevering	☐ Udgående funktion	Sydvestjysk sygehus og kommunerne i optageområdet	Sydvestjysk Sygehus og kommunerne i optageområdet har som fælles mål at skabe "Danmarks bedste overlevering". Projektet skal skabe tiltag, som har til formål at sikre sammenhængende behandlings-, genoptrænings- og plejeforløb for målgruppen på tværs af sektorer ved brug af kompetencer på tværs. Tiltag som: • Udvikling af en model, som skal sikre koordinerede overgange mellem indlæggelse og udskrivelse og omvendt. • Gensidig tværsektoriel sparring og monitorering af borgerforløb i FAM,	Ikke specificeret
	☒ Rådgivning			

			sengeafdelinger og med kommunerne omkring genoptræning, pleje og behandling under indlæggelse og efter udskrivning. • Screening af funktionsevne ved udskrivelse • Understøtte en god udskrivelse i samarbejde med borger/patient og pårørende. • Geriatrisk udredning i FAM med mulighed for kontakt til geriater under hele forløbet samt i op til 72 timer efter udskrivelse Projektet omhandler primært de svageste ældre patienter, der har kontakt til sygehus og har behov for hjælp fra kommunens hjemme- eller sygepleje i eget hjem, plejebolig eller på plejecenter. Også patienter/borgere, der ikke er kendt i den kommunale hjemmepleje kan omfattes af projektet.	
--	--	--	--	--

Sygehus Sønderjylland – Bemærk at nedenstående ikke er drøftet i SOF SHS				
Projekttitel	Initiativets art	Involverede parter	Kort beskrivelse	Anslået økonomi
Blodprøvetagning i kommunale sundhedshuse	☒ Udgående funktion	Sygehus Sønderjylland og kommunerne i optageområdet	Sygehus Sønderjylland ønsker at samarbejde med kommunerne i optageområdet om at tilbyde blodprøvetagning i kommunale sundhedshuse. Forslaget er foreløbigt drøftet i implementeringsgruppen for behandling og pleje, en undergruppe til SOF, men Sygehus Sønderjylland vil nu gå i dialog med kommunerne om at beskrive funktionen. Sygehus Sønderjylland vurderer, at funktionen egner sig til at udbrede til andre sygehuse på tværs af regionen	Ikke specificeret
	☐ Rådgivning			

Sygehus Lillebælt – SOF SLB

Projekttitel	Initiativets art	Involverede parter	Kort beskrivelse	Anslået økonomi
Mere samarbejde – mere tryghed for patienten	☒ Udgående funktion	Hjertemedicinsk afdeling på Vejle Sygehus og Vejle kommune	Mange ældre hjertemedicinske patienter oplever, at der i forbindelse med overgangen fra sygehus til den kommunale hjemmesygepleje og omvendt mangler sammenhæng i deres pleje og behandlingsforløbs. Projektet vil kompetenceudvikle sygeplejefagligt personale på Vejle Sygehus hjertemedicinsk afdeling og i Vejle kommunes hjemmesygepleje igennem periodevis udveksling. Udvekslingen af medarbejdere forventes at kvalificere samarbejdet omkring patienten, så de oplever at den hjælp de har brug for hænger sammen på tværs af sektorerne. Projektet integreres i "Fælles Skolebænk" og kan suppleres med undervisning af mere teoretisk karakter. Projektet planlægger et kvalitativt evalueringsstudie primo 2018, mhp. at vurdere om der opnås den ønskede og forventede effekt.	2017: 91.384 kr. 2018: 91.384 kr. Varigt: 182.768 kr.
	☒ Rådgivning			
Mobilt røntgen til den ældre svækkede borger	☒ Udgående funktion	Røntgen og Scanning på Kolding Sygehus og kommunerne i optageområdet	Ældre svækkede og diffuse patienter oplever, at det er utrygt at komme på hospitalets og få foretaget røntgenundersøgelser for derefter at ligge på gangene og vente på hjemtransport. Røntgen og Scanning på Kolding Sygehus, ønsker at tilbyde mobilt røntgen til ældre, fysisk svækkede patienter, handicappede patienter og demente patienter, hvor en transport til hospitalet kan betyde forværring af deres tilstand. Tilbuddet målrettet plejecentre i Kolding Sygehus optageområde. Projektet bygger på erfaringer fra Norge og Region Midt.	2017: 913.466 kr. (engangsudgift) Varigt: 505.640 kr. årligt
	☐ Rådgivning			
Kom trygt og sikkert hjem – et tværsektorielt samarbejde i geriatrien	☒ Udgående funktion	Medicinsk afdeling Kolding sygehus og Kolding kommune	Medicinsk afdeling på Kolding sygehus har de senere år haft fokus på udskrivelse af ældre medicinske patienter, man har bl.a. ansat en klinisk udskrivelseskoordinator, som varetager samarbejdet med kommunen i forbindelse med udskrivelsen. Derudover har man i en periode arbejdet med fremskudt visitation. En nylig opgørelse fra medicinsk afdeling på Kolding sygehus viser, at 30 % af patienterne bliver genindlagt og af de 30 % er 23 % forebyggelige og 77 % er ikke forebyggelige. Målet for projektet er at reducere yderligere i de forebyggelige genindlæggelser. Medicinsk afdeling på Kolding Sygehus ønsker at udvide deres følge-hjem-ordning med en følgehjem sygeplejerske. Sygeplejerskens kerneopgave vil være at "følge" den svage ældre medicinske patient hjem, herudover vil sygeplejersken have en funktion ift. kompetenceudvikling af den kommunale hjemmesygepleje ift. at undervise i tidlig opsporing og observation ift. ældre medicinske patienter. Endvidere vil sygeplejersken have en rolle ift. støtte den ældre til egenomsorg ved at aktivere	Varigt: 461.082 kr. årligt
	☐ Rådgivning			

			den ældre netværk og ressourcer.	
Udgående stuegangsfunktion	☒ Udgående funktion	Medicinsk afdeling på Vejle Sygehus og Vejle Kommune	Projektet ønsker at etablere en udgående funktion, der suppleret med en akuttelefon har til formål at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser, styrke sammenhængen og koordinationen af patientforløbet samt skabe tryghed for borgeren/patienten i overgangen fra sygehus til eget hjem. Målgruppen er ældre medicinske patienter, herunder patienter med kronisk sygdomme som KOL, inflammatorisk tarmsygdom, kroniske leverlidelse, diabetes m.fl. Den praktiserende læge/vagtlæge og kommune skal have mulighed for at kontakte akuttelefonen 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen. Akuttelefonen vil være bemannet af en sygeplejerske og/eller læge fra det relevante speciale. Endvidere vil den praktiserende læge have mulighed for at rette henvendelse til en speciallæge indenfor lungemedicin, reumatologi, endokrinologi og gastroenterologi i dagtiden. Den udgående funktion er et team bestående af en speciallæge fra sygehuset, personale fra kommunen eller akut aflastningsplads, som kommuner ud til borgeren efter forløb på sygehuset i alle hverdage fra kl. 8.00-15.00. Ved den udgående stuegang sikrer man bedre anvendelse og udvikling af kompetencer, der matcher de komplekse behov for behandlingen og rehabiliteringen af den ældre patient. Der er tale om en projekt, som vil løbe fra juni 2017 – december 2019. Der planlægges en effektevaluering af indsatserne ift. kliniske, organisatoriske og patient oplevet kvalitet.	2017-2019: 3.484.355 kr.
	☐ Rådgivning			
Optimeret behandling af patienten med iltbehandling i eget hjem	☒ Udgående funktion	Lungeambulatoriet på Kolding Sygehus og kommunerne i optageområdet	Patienter der har kronisk hypoksæmi pga. lungesygdom og som følge deraf er i hjemmeiltbehandling, bør ifølge guidelines kontrolleres ca. hver ½ år eller efter behov. Undersøgelser har vist at op imod en tredjedel af patienter melder afbud til ambulante kontroller, fordi de er for dårlige. Knap 40 % vurderes at have brug for liggende transport for at komme på sygehuset. Kontrol af iltbehandling i patientens eget hjem, synes som et godt alternativ og Lungeambulatoriet på Kolding Sygehus foreslår derfor, at patienter der vurderes for dårlige til at modtage kontrol af iltbehandling i ambulatoriet tilbydes denne kontrol i eget hjem. Dette skal foregå i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje med henblik på vidensdeling.	2017: 49.000 kr. (engangsudgift) + 15.678 i drift omkostninger Varigt: 15.678 kr. årligt
	☒ Rådgivning			
Udkørende tværfagligt og tværsektorielt	☒ Udgående funktion	Ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus og	Undersøgelser har vist, at det er en stor belastning, både fysisk og psykisk, at miste sit ben og en tidlig, ensartet, målrettet indsats er afgørende for et optimalt forløb, både på sygehuset og efter udskrivelsen.	Varigt: 1.526.922 kr. årligt

behandlerteam til nyamputerede patienter fra Ortopædkirurgisk afdeling, Kolding Sygehus	☐ Rådgivning	kommunerne i optageområdet	Ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus forslår, at der etableres en udgående funktion, som skal medvirke til øget tryghed og egenomsorg hos patienten efter udskrivelse. Tilbuddet skal bestå af en amputationssygeplejerske og fysioterapeut og tilbydes de proteseegnede benamputerede patienter i første omgang. Senere skal tilbuddet omfatte alle ny benamputerede patienter i sygehusets optageområde. Sygeplejersken skal sammen med den kommunale hjemmesygepleje stå for stumppleje og ikke mindst psykisk sygepleje. Temaet vil gøre det muligt at sikre hurtigere udskrivelse og skal være bindeled mellem behandlingen og tilbuddene på sygehuset og den enkelte kommune. Teamet vil tilbyde fire besøg inden for de tre første uger efter udskrivelse. Den enkelte patient udskrives med en åben indlæggelse indenfor de første tre uger efter udskrivelsen. Initiativet vil medvirke til at øge patienternes egenomsorg, øge trygheden ved udskrivelsen og patienterne vil hurtigere blive i stand til at klare sig i eget hjem. Patienterne vil opleve øget livskvalitet.	
Ambulant larvebehandling af sår på ortopædkirurgisk afdeling, Kolding Sygehus	☒ Udgående funktion	Ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus og Fredericia, Kolding og Vejle kommune (Fase 1). Senere Haderslev, Billund og Middelfart kommune (fase 2)	Larvebehandlingen af sår er en anerkendt behandling (referencer), som benyttes på de fleste ortopæd-, kar- og plastikkirurgiske afdelinger, som står for sårbehandling i Danmark og udlandet med succes. I dag tilbydes larvebehandling under indlæggelse på ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus. Det er en tidskrævende og dyr behandling, hvor der går flere dage, hvor der primært foretages sår- og larvepleje og ikke lægelig relevant behandling. Erfaringer fra sårambulatoriet på Randers og Sønderborg sygehuse viser, at man, ved oplæring af sygeplejersker fra kommunerne og etablering af et tæt samarbejde mellem sårcenterets personale (læger og sygeplejersker) og sygeplejersker i kommunen, kan etablere en ambulant larvebehandling. Larvebehandling i Randers foregår udelukkende ambulant. Ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus og kommunerne i optageområdet ønsker derfor at etablere en ambulant larvebehandling, hvor behandling med larver opstartes og følges på ortopædkirurgisk sår ambulatorium, Kolding Sygehus, mens den daglige pleje og telemedicinske kontakt foretages af kommunale hjemmesygeplejersker. Ortopædkirurgisk afdeling vurderer, at behandlingen vil være relevant for tre patienter om ugen.	Varigt: 1.316.556 kr. årligt
	☐ Rådgivning			
Tidlig opsporing og behandling af komplikationer med	☒ Udgående funktion	Ortopædkirurgisk afdeling på Kolding Sygehus og	En audit på de patienter med hoftenær fraktur, der døde indenfor 30 dage efter udskrivelsen i 2015, viste at det især drejede sig om patienter udskrevet til plejehjem. 14 ud af 36 genindlæggelser af patienter med hoftenære lårbensbrud i 2016 er fra	2017: 205.500 kr. (engangsudgift) + 382.590 kr. i

hoftenær fraktur	☐ Rådgivning	Kolding kommune	plejehjem. Årsagen til genindlæggelsen er infektioner, dehydrering, manglende kostindtag og fald. Der er evidens for at et udgående geriatrisk team har reduceret genindlæggelser indenfor 30-dage og død indenfor 30 dage og 90 dage. Kolding Sygehus ønsker at udbygge samarbejdet mellem Ortopædkirurgi, Kolding, (ortogeriatrisk afsnit), akutteam og plejecentre i Kolding Kommune. Hensigten er at udnytte de ressourcer etablering af akutteam giver for opnå en optimeret pleje efter udskrivelsen. Samtidig vil vi udvide muligheden for akutteamet for at søge råd og vejledning på det ortogeriatriske afsnit – både hos ortopædkirurg, geriater og sygeplejersker de første 14 dage efter udskrivelsen. Det estimeres at tilbuddet vil være relevant for 60 patienter per år.	driftsomkostninger Varigt: 382.590 kr. årligt
------------------	-------------------------------------	-----------------	---	--

Psykiatri Sygehuset – PSOF				
Projekttitel	Initiativets art	Involverede parter	Kort beskrivelse	Anslået økonomi
Styrket indsats omkring gerontopsykiatri	☒ Udgående funktion	Psykiatrisygehuset og Vejle kommune	Vejle Kommune foreslår en udvidelse og styrkelse af de eksisterende udgående funktioner indenfor gerontopsykiatrien. Det vil sikre, hurtigere igangsætning og bedre behandling. Samtidig er det mindre belastende for borgerne. Det kan evt. kobles med IT-teknologi, herunder videokonferencer i opfølgende forløb eller ved vejledning af personalet.	Ikke specificeret
	☐ Rådgivning			
Oligofreni team	☒ Udgående funktion	Psykiatrisygehuset og Vejle kommune	Vejle kommune foreslår en udvidelse og styrkelse af de eksisterende oligofreni teams. Det vil sikre bedre og hurtigere behandling for borgeren.	Ikke specificeret
	☐ Rådgivning			

Afdeling: Velfærdsteknologi og telemedicin
Journal nr.:

Dato: 4. januar 2017

Udarbejdet af: Nina Charlotte Schack
E-mail:
Nina.Charlotte.Schack@rsyd.dk
Telefon: 2920 1307

Oversigtsnotat

Digital svangre- og vandrejournal

Indledning

Nærværende notat giver dels en oversigt over tidligere forsøg på digitalisering af svangre- og vandrejournalen og dels en oversigt over nyere initiativer, som peger på muligheden for en koordineret indsats med henblik på at fremme digitaliseringen af det sidste område i kommunikationen mellem praksislæger og sygehusende, som endnu foregår på papir.

Baggrund

Det tværsektorielle samarbejde i et svangreforløb er i dag båret af to papirblanketter, hhv. *svangerskabsjournalen* og *vandrejournalen*, som indholdsmæssigt er defineret af Sundhedsstyrelsen.

Svangerskabsjournalen er henvisningen fra almen praksis til fødestedet. Svangerskabsjournalen danner grundlag for den primære visitation på fødestedet, herunder stratificering i forhold til tidlig involvering af den kommunale sundhedspleje i forhold til gravide med særlige behov.

Svangerskabsjournalen afsendes i dag med post fra lægepraksis, og skal ved modtagelsen på sygehuset scannes eller transskriberes til EPJ.

Vandrejournalen er papirbaseret og fungerer som kommunikationsværktøj mellem jordemoder, egen læge og den gravide. Vandrejournalen bæres af den gravide i mellem konsultationerne hos almen praksis, jordemoder og sygehus igennem hele graviditetsforløbet. Dette betyder, at den ikke er tilgængelig for de kliniske brugere, hvis ikke kvinden er til stede, eller hvis vandrejournalen ikke huskes til en konsultation.

Det opleves i stigende grad, at der som følge af den fulde anvendelse af elektroniske journaler i almen praksis og på fødestederne er større fokus på dokumentation i de sundhedsprofessionelles egne it-systemer fremfor dokumentation i den papirbaserede vandrejournal. Dette medfører, at vigtig viden mellem involverede sundhedsprofessionelle i et svangreforløb ikke formidles eller går tabt.

Tidligere forsøg på digitalisering af svangre- og vandrejournalen.

I Region Syddanmark har man i to tidligere projekter arbejdet med en elektronisk svangre- og vandrejournal for gravide og der i et samarbejde mellem DAK-E, Københavns Universitet og DanChild etableret et projekt med digitalisering af svangre- og vandrejournalen.

1. I 2005-2006 deltog daværende Fyns Amt i et pilotforsøg på sundhed.dk, som skulle føre til en elektronisk vandrejournal for gravide.

Planen var, at vandrejournale og svangerskabsjournalen skulle erstattes med en ny elektronisk svangrejournale. Hensigten var blandt andet, at man som sundhedspersonale ikke længere behøver skrive tingene i både vandrejournale og afdelingens egne journaler. Det skulle også blive nemmere og mere gennemskueligt for den gravide, der kan følge med i sin journal hjemmefra.

I første omgang skal et pilotforsøg hos otte læger, en række afdelinger og gravide i Frederiksborg Amt og Fyns Amt teste det nye koncept. Projektet i Fyns Amt havde deltagelse fra 3 lægepraksis med i alt 10 praktiserende læger i og omkring Odense. 5-6 jordemødre var tilknyttet på Odense Universitetshospital (OUH). Projektet startede i april 2004, pilotafprøvningen blev igangsat fra oktober 2005 og blev afsluttet efter oprettelse af 75 elektroniske svangrejournaler i september 2006. Projektet tog udgangspunkt i en såkaldt "central model" som er baseret på, at data er opbevaret centralt (i dette projekt i Sundhed.dk) og indtastes via en grænseflade som stilles til rådighed på Sundhed.dk.

Projektet blev ikke videreført bl.a. på baggrund af konstaterede udfordringer med hensyn til at sikre sammenhæng til de eksisterende arbejdsgange med bl.a. henvisning til fødestedet.

2. Digital svangre og vandrejournale i Shared Care Platformen.

I 2014-2015 blev der som spinn-off fra Shared Care Projektet gennemført en pilot med henblik på at udvikle understøttelse af svangre- og vandrejournalen i Shared Care. Den elektroniske understøttelse af svangreforløbet blev baseret på, at der i SCP er implementeret visning af indhold (et faneblad) der indeholder de samlede data fra svangerskabsjournalen og vandrejournalen. Indholdet i SCP var tilgængeligt for gravide og klinikere på Sundhedsdatanettet via almindelige browsere (via NemID) og gav de gravide mulighed for at følge deres svangreforløb i SCP på både tablets og PC.

Med henblik på at sikre det sundhedsfaglige indhold blev der som led i projektet i 2014 gennemført en række case-studier med inddragelse af en klinikergruppe. I 2015 blev der på Gynækologisk Obstetrisk afdeling, Sygehus Lillebælt, Kolding gennemført en minipilot, med henblik på at få erfaring med indtastning af rigtige patientdata i Shared Care Platformen (SCP) og sikre at indholdet er komplet ift. de kliniske behov og understøtter den kliniske refleksion og arbejdsgangene i svangre omsorgen. Formålet er endvidere at få indput til udvikling af kendte udeståender. Minipiloten involverede i første omgang 15 gravide tilknyttet en enkelt alment praktiserende læge.

Projektet er stillet i bero, dels på grund af manglende finansiering til videreførelse og dels på grund af de udfordringer, som er konstateret i piloten – herunder vanskeligheder med at få brugen af den digitale svangrejournale til at passe sammen med arbejdsgangen vedr. henvisning til fødestedet og visitering.

3. Projektet for praktiserende læger, et samarbejde mellem Københavns Universitet, DAK-E og DanChild .

I projektet er den elektroniske svangerskabs- og vandrejournal lavet om til en elektronisk løsning. Indholdsmæssigt indeholder den det samme som papirversionen + en udvidelse af feltet omkring arbejdsmiljø og felter omkring motion og fraværsmeldinger.

Den gravide udfylder et spørgeskema inden første graviditetsundersøgelse og får ved samme lejlighed mulighed for at stille spørgsmål som skal tages op på første konsultation. Den gravide kan tilgå journalen via Sundhed.dk.

Systemet er endnu ikke udviklet til at udveksle information med sygehuset og jordemoderen, men det er ønsket på sigt.

Projektet er på standby pga. en juridisk afklaring omkring dataudveksling i DAK-E.

National efterspørgsel

Fra national side er der også efterspørgsel efter en digital svangre-vandrejournal. De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har i deres udspil "På patientens vegne" til bedre sammenhæng, større tilgængelighed og højere kvalitet i sundhedsvæsenet foreslået, at der indføres en digital graviditetsjournal (udspil 18).

Ligeledes har MedCom i 2015 på bestilling fra RSI udarbejdet et projektforslag for udvikling af en elektronisk svangre-vandrejournal. Forslaget blev dog ikke prioriteret af Danske Regioner, hvorfor det faldt ud af arbejdsprogrammet for MedCom10.

Regional efterspørgsel

Fødeplanudvalget i Region Syddanmark har på et møde den 7. juni 2016 givet udtryk for, at behovet for en digital svangre-vandrejournal stadig er stort. Udvalget finder, at man var nået langt i løsningen i Shared Care, og at der er langt meget arbejde i den, som man ikke ønsker, skal gå til spille. Fødeplanudvalget mener endvidere, at man bør arbejde for en national løsning i relation til digitalisering af svangreområdet, og udvalget anbefaler at et ønske om og behov for en national løsning tages op til drøftelse i Sundhedsdirektørkredsen.

I Sundhedsaftalen for 2015-2018 fremgår af afsnit 8.1 Gravide og nyfødte, bl.a. at IT-understøttelsen af samarbejdet skal styrkes ved at udvikle en elektronisk svangre- og vandrejournal, som anvendes i kommunikationen mellem almen praksis, fødested (læger og jordemødre) samt den gravide.

I den efterfølgende udmøntning af sundhedsaftalen er digitalisering af svangre- og vandrejournalen dog ikke medtaget i de prioriterede opgaver.

Afsluttende bemærkninger

Der synes således fra alle parter at være en interesse for at digitalisere svangre- og vandrejournalen, og på den baggrund kan det være det rigtige tidspunkt at genoverveje digitaliseringen af svangre- og vandrejournalen som projekt.

De forsøg, der er gjort, har alle oplevet udfordringer i forhold til 2 hovedproblemstillinger:

- At de nuværende papirblanketter indgår i nogle komplekse arbejdsgange i forbindelse med henvisning og visitation. Ved en digitalisering af området skal disse arbejdsgange og processer fortsat kunne understøttes, hvilket har været en udfordring i de tidlige forsøg.
- Projekterne har ikke været organiseret med den nødvendige tyngde på tværs af sektorerne, som et projekt af denne karakter, som både involverer ændringer i arbejdsgange og samarbejds mønstre på tværs af sektorer samt systemmæssige ændringer i de respektive fagsystemer, som anvendes i de forskellige sektorer, kræver.

Dette bekræftes i et masterprojekt fra Ålborg Universitet ” Den gule kuvert, Digitalisering af svangerskabs- og vandrejournalen”¹, hvori det også konkluderes, at det ikke er de tekniske muligheder, som udgør de væsentligste barrierer.

Igangsætning af et nyt projekt til digitalisering af svangre- og vandrejournalen bør derfor forudsætte en organisering med den nødvendige tyngde til at kunne gennemføre et så komplekst forandringsprojekt.

¹ Den gule kuvert, Digitalisering af svangerskabs- og vandrejournalen, Ålborg Universitet 2016, Mie Hjorth Matthiesen

Afdeling: Klinisk Genetisk Afdeling/Økonomi og
Planlægning
Sagsnr.: 12/1743
Dato: 02.03.2017

Udarbejdet af: Lilian Bomme Ousager/Kirsten Jønsson
E-mail: kirsten.joensson@rsyd.dk
Telefon: 2031 0045

Notat

Ønske om etablering af Center for Sjældne Sygdomme på OUH

Baggrund

I forbindelse med, at Sundheds- og Socialstyrelsen indkaldte til statusmøde vedrørende National Strategi for Sjældne Sygdomme den 26. oktober 2016 blev der anmodet om høringssvar på evaluering af 100 anbefalinger, som har været en del af den nationale strategi siden 2014. OUH's høringssvar udtrykte følgende overordnede budskaber:

- Manglende kapacitet i de to eksisterende centre på Børneafdelingen i Skejby og Klinisk Genetisk regi på Rigshospitalet
- Ud over en række udvalgte sygdomme skal centrene varetage patienter med sjældne sygdomme der ikke varetages andre steder. Med relativt få læger (primært pædiatere) på centrene kan de vanskeligt være eksperter i så mange, komplekse og hver især sjældne sygdomme og løser ikke opgaven for den voksne patientgruppe.

OUH ser derfor et klart behov for en styrkelse af området, og mener, at der i Region Syddanmark er mulighed for at løse opgaven mere hensigtsmæssigt for flere patienter med sjældne sygdomme, ved også at **placere et Center for Sjældne Sygdomme på Odense Universitetshospital (OUH).**

Da det drejer sig om en *udbygning af indsatsen for sjældne sygdomme* vil patienter, der diagnosticeres med sygdomme tilhørende de sygdomsgrupper, hvis kontrol i dag varetages af CSS i Skejby og København uændret blive henvist til kontrol der medmindre andet aftales.

OUH ønsker alene at etablere et center mhp. at udvide med andre sjældne sygdomsgrupper, som ikke varetages af de eksisterende centre i dag, herunder sikring af, at kliniske kontrolprogrammer uændret varetages ved overgangen fra barn til voksen samt i voksenalderen (herunder diagnosticering og kontrol af sjældne sygdomme med debut i voksenalderen).

I notatet redegøres kort for indholdet i et Center for Sjældne Sygdomme på OUH samt en tidsplan for det videre arbejde. Definition af sjældne sygdomme ses i bilag.

Center for Sjældne Sygdomme på OUH

Organisering

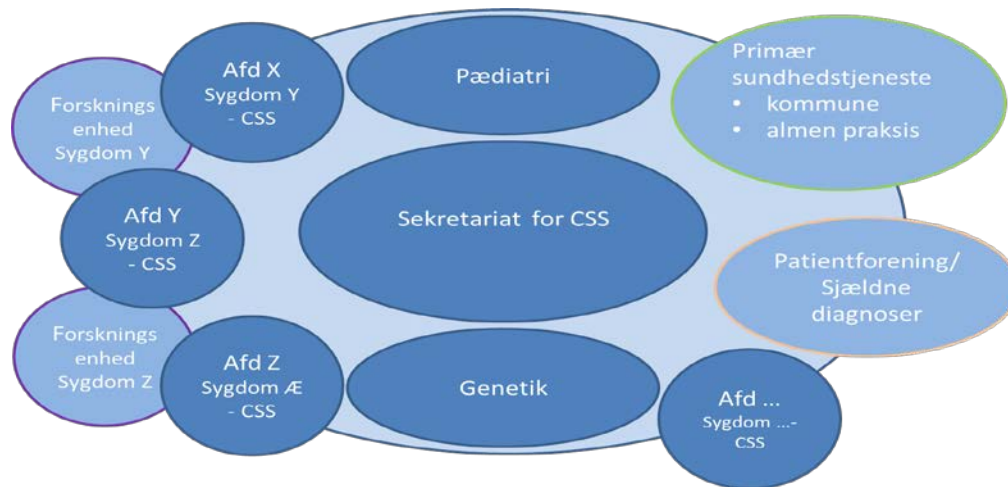
På Odense Universitetshospital ønsker vi at etablere et Center for Sjældne Sygdomme organiseret som en "murstensløs" enhed. Kernen vil være et sekretariat med specialerne pædiatri og klinisk genetik som væsentlige enheder, med ønske om at *andre relevante specialer inddrages* (Fig. 2). På den måde vil diagnostik, kontrol og rådgivning af arvelige og sjældne komplekse sygdomme/syndromer blive varetaget på højt specialiseret niveau indenfor alle relevante specialer.

De tværdisciplinære teams knyttet til en given sygdom vil således bestå af speciallæger i pædiatri og klinisk genetik samt speciallæger inden for de enkelte relevante voksenspecialer (såvel kliniske som

parakliniske), hvor speciallægerne vil have særlig viden og kompetence vedr. sjældne tilstande inden for netop deres respektive specialer.

Figur 1. Model for organisation af CSS, OUH.

Centralt er sekretariatet for sjældne sygdomme samt pædiatri og genetik. Andre specialer som varetager dele af udredningen eller er udrednings- og forløbsansvarlige for en given sjælden sygdom indgår også i centret. Forskningsenhederne indenfor de mange involverede specialer er ligeledes direkte knyttet til centret.



Der kan være en eller flere forskningsenheder og en eller flere afdelinger knyttet til udredning/behandling og kontrol af den respektive sygdom med forankring af forløbskoordineringen ved sekretariatet.

Denne organisationsmodels styrke er den *høje grad af fleksibilitet*, der tillader, at der tilrettelægges et skræddersyet udredning-, kontrol-, opfølgings og rådgivningsforløb til den enkelte patient (og for arvelige sygdomme for patientens familie) med en specifik sjælden sygdom.

Patienten tildeles *en klinisk behandlingsansvarlige læge*. Denne er så ansvarlig for etablering af et generelt behandlings- og kontrolforløb samt det eventuelle diagnostiske udredningsforløb og er endvidere, indenfor den givne sygdom, specialiets kontaktperson til sekretariat for Center for Sjældne Sygdomme.

Patientdatabase

Som de to andre centre vil vi registrere vores patienter i databasen kaldet RareDis, som Klinisk Genetisk Afdeling, OUH har indgået aftale med.

Patientinddragelse

Som en del af etableringen af centret vil der blive taget kontakt til paraplyorganisationen 'Sjældne Sygdomme' om særlige forhold vi skal være opmærksomme på.

Samarbejde med primær sundhedstjeneste

En del patienter med sjældne sygdomme har behov for kommunale ydelser, eksempelvis sundhedspleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, genoptræning/vedligeholdelsestræning samt socialrådgivning, herunder ift. arbejdsplads og hjem mm. Da sygdomsmanifestationen er kompleks er det af stor betydning, at der er et veludbygget, koordinerende samarbejde på tværs af sektorer. Den koordinerende funktion varetages af sygeplejersken eller en tilknyttet socialrådgiver i sekretariatet. Samarbejdet på tværs af sektorerne sker med reference til sundhedsaftalerne. Ligeledes vil der være behov for et koordinerende samarbejde med almen praksis. Eksempler på patientforløb: Muskelsygdomme, komplicerede bevægehandicap, rygmarsbrok, komplicerede epilepsisygdomme, knoglesygdomme og sygdomme i bindevæv og kar.

Forskning og internationale kontakter

Databasen over patienter fulgt i centret danner grundlag for planlægning af forskningsprojekter både lokalt, nationalt (f.eks. i samarbejde med de andre centre) og/eller internationalt.

Bilag.

Definition af sjældne sygdomme

Svarende til den danske definition af sjældne sygdomme vil centret koncentrere sig om sygdomme der falder ind under definitionen i 'National Strategi for sjældne sygdomme' dvs.

- Sjældne oftest medfødte, arvelige komplekse og alvorlige sygdomme,
 - o der kræver særlig viden
 - o behov for koordineret indsats
 - o ofte behov for højt specialiseret funktion
 - o ofte behov for multidisciplinær team (MDT) indsats
- Hyppighed (prævalens) af den enkelte sygdom/syndromet på ca. 1-2:10.000 eller derunder
 - o Dvs. ca. 500-1.000 personer i Danmark.
 - Sygdommene kan ofte ikke helbredes
 - Ved relevant indsats kan den evt forebygges, begrænses eller behandles og patienterne kan dermed sikres bedre livskvalitet og overlevelse.

Eksempler på patientforløb:

MUSKELSYGDOMME

Kort sygdomsbeskrivelse: Muskelsygdomme diagnosticeres ofte i barnealderen ved hjælp af elektrofysiologiske, patologiske og ikke mindst genetiske metoder. Der er tale om progressive forløb med forskellige hastigheder og kompleksiteter. Centralt for denne gruppe er Duchenne og Becker muskeldystrofi, myoton dystrofi og limb-girdle muskeldystrofi. Børnene med Duchenne muskeldystrofi behandles med binyrebarkhormon for at forsinke muskelsvækkelsen samtidig med at de alligevel mister muskelkraft, bliver kørestolsbundne, kræver avancerede hjælpemidler og skal respiratorbehandles i voksen livet. Komplicerende faktorer som knogleskørhed, kredsløbsforstyrrelser, stive led, skæv ryg, grå stær og ikke mindst hjertemuskelsvækkelse tilkommer. Behov for respiratorbehandling optræder ofte i 16 til 18 års alderen eller lidt senere. Hjertemuskelsvækkelse gør sig også gældende for unge og voksne med limb-girdle muskeldystrofi og hjerterytmeforstyrrelser er endvidere almindeligt forekommende hos unge og voksne med limb-girdle muskeldystrofi og myoton dystrofi. Nye og dyre behandlinger tilkommer (genterapi). Andre mere sjældne muskelsygdomme knytter sig til gruppen.

Antal patienter i RSD: 80.

Specialer involveret: Børneneurologi, genetik, neurologi, neurofysiologi, endokrinologi, ortopædkirurgi, hjertemedicin, farmakologi, billeddiagnostik, patologi, respirationscenter syd, fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering, børneneuropsykologi, neuropsykologi med flere.
Koordinering: Børneneurologi i barnealderen og neurologi i voksenalderen.

KOMPLICEREDE BEVÆGEHANDICAP

Kort sygdomsbeskrivelse: Cerebral parese er en skade af 1. motoriske neuron der er opstået tidligt i barnealderen og alle børn diagnosticeres billeddiagnostisk og klinisk i denne aldersperiode. De har vidt forskellige grader af bevægeforstyrrelser og mange kræver hjælpemidler af forskellig art. Børnene behandles medicinsk og ortopædkirurgisk ligesom den fysioterapeutiske og

ergoterapeutiske indsats er betydelig. Der kan være behov for specielle ortopædkirurgiske behandlinger herunder operation for skæv ryg hos nogle. Behandling med baklofenpumpe er ofte anvendt hos børn, unge og voksne med sværere grader af spasticitet. Epilepsi følger ofte med og andre sygdomme kan tilkomme, herunder knogleskørhed. Spinal muskelatrofi er betinget af dysfunktion af 2. motoriske neuron og forekommer i forskellige sværhedsgrader med betydelige bevægehandicap til følge. Enkelte vil kræve respiratorbehandling i voksenalderen. Også de udvikler skæve rygge, stive led og knogleskørhed.

Antal patienter med sværere grader af bevægehandicap: 60 under 18 år og 50 over 18 år i RSD

Specialer involveret: Børneneurologi, neurologi (herunder epilepsibehandling), ortopædkirurgi, neurokirurgi, respirationscenter syd, billeddiagnostik, fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering, børneneuropsykologi, neuropsykologi med flere

Koordinering: Børneneurologi i barnealderen og neurologi i voksenalderen.

Notat

Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg – ”Lægedækning i hele Danmark” og ”Politisk aftale om bedre lægedækning”

1. Indledning og baggrund

Der er i Danmark ikke et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Antallet af læger og speciallæger ligger på det højeste niveau nogensinde og antal læger i forhold til befolkningstallet ligger i Danmark over OECD-gennemsnittet.

Hertil kommer, at inden for samtlige specialeområder forventes en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040, som overstiger befolkningsudviklingen.

Der må imidlertid konstateres en geografisk, social og speciemæssig **fordelings**udfordring.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et lægedækningsudvalg med repræsentation fra Lægeforeningen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet. Udvalget har haft i opdrag at analysere fordelingen af læger på tværs af landet og relevante forhold som f.eks. lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet m.v.

På baggrund af dette fremkommer udvalget med en række forslag til initiativer, som kan understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne. Som opfølgning på udvalgets forslag indgik partierne i Folketinget den 9.2.17 en politisk aftale om bedre lægedækning. Aftalen bakker generelt op omkring lægedækningsudvalgets forslag og Folketinget tilkendegiver med aftalen at ville løfte de i aftalen nævnte anbefalinger fra Lægedækningsudvalget, der kræver Folketingets opbakning. Udvalgets forslag og anbefalinger gennemgås i dette notat tillige med relevante elementer fra den politiske aftale. For praksisområdet gælder, at opfølgningen på de forslag i rapporten, der kan handles på lokalt, og den politiske aftale foreslås kickstartet ved en politisk workshop med deltagelse af alle relevante interessenter i april-maj 2017.

2. Rapportens anbefalinger.

Lægedækningsudvalget har beskrevet i alt 18 forslag med en række delforslag til arbejdet med sikring af lægedækningen i Danmark. Forslagene listes nedenfor, inkl. en kort vurdering fra Praksis og Den Lægelige Videreuddannelse af de enkelte forslag samt angivelse af, hvad der kræves for at implementere forslaget

Overblik over forslagene i "Lægedækning i hele Danmark"

Forslag	Beskrivelse	Kommentar fra Region Syddanmark	Implementering
<i>Generel geografisk fordeling af læger (i uddannelse og videreuddannelse)</i>			
1 Øget udbud af lægestuderende i yderområder	A) Øget optagetal ved medicinstudiet i Aalborg. B) Vurdering af de studerendes muligheder for at flytte universitet efter bachelordelen – begrænse flytning fra Vest- til Østdanmark. C) Bredere geografisk spredning af studerendes klinikophold under studiet (flere til lægedækningstruede områder).	A) Et øget optag på medicinstudiet i Aalborg vil efter ca. 6 år medføre en stigning i den samlede kandidatproduktion i Danmark. Som konsekvens heraf, skal Region Syddanmark etablere flere uddannelsesstillinger, på især sygehusenes akutfunktioner samt i almen praksis, til læger i den Klinisk Basisuddannelse (KBU), såfremt Sundhedsstyrelsen fastholder, at Region Syddanmark skal aftage 22% af en kandidatårgang. Dette medfører behov for et øget uddannelsesbudget til sygehusafdelinger og til aflønning af KBU-læger i almen praksis, der jf. overenskomsten med PLO aflønnes 100% af regionen. B) En begrænsning af de studerendes mulighed for at flytte fra Syddansk Universitet til (især) Københavns Universitet efter afsluttet bachelor må forventes at medføre, at flere studerende vælger at bosætte sig i	A og B) Skal gennemføres af Uddannelses- og Forskningsministeriet. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne støtter op om, at optaget på medicinstudiet på Aalborg Universitet øges med 50 pladser fra sommeren 2017. C) Skal gennemføres af universiteterne i samarbejde med de kliniske arbejdspladser i regionen.

			nærheden af Syddansk Universitet i løbet af studiet. Etablering i Region Syddanmark allerede under studiet øger sandsynligheden for, at lægerne ønsker at forblive i regionen efter afsluttet medicinstudie, med øget udbud af færdiguddannede læger til følge. C) En øgning i antal klinikophold på sygehuse og almen praksis i lægedækningstruede områder, vil medføre, at flere medicinstuderende opnår et personligt kendskab til lægearbejde og karrieremuligheder i de pågældende områder. Dette kan medføre, at flere som færdiguddannede læger vælger ansættelse i de lægedækningstruede områder til. Syddansk Universitet vil have behov for at indgå flere uddannelsesaftaler med Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Psykiatrien og almen praksis.	
2	Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse	A) En større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt ift. universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder. B) Forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb) i lægedækningstruede områder. C) Overvej nye KBU-fordelingsmetoder i	A) Med mulighed for at gennemføre en større andel af videreuddannelsen decentralt, kan det ikke udelukkes, at flere læger umiddelbart efter afsluttet medicinstudiet vælger at flytte decentralt ift. universitetsbyerne, med større sandsynlighed for, at de forbliver i området også efter afsluttet speciallægeuddannelse. En forudsætning for decentralisering af videreuddannelsen er, at det ikke skader kvaliteten af videreuddannelsen. Med flere uddannelsesstillinger placeret decentralt kan det ikke udelukkes, at der vil være en større	A og B) Gennemføres via videreuddannelsesregionerne i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen. C) Gennemføres af Sundhedsstyrelsen. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne har hæftet sig ved forslagene.

		regi af Sundhedsstyrelsen mhp. at understøtte bedre lægedækning.	efterspørgsel efter speciallæger på universitetshospitalerne for at overholde udrednings- og behandlingsgarantier m.m. B) Sammenhængende uddannelsesforløb giver udfordringer i forhold til de nuværende retningslinjer for ansættelsesproceduren til introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb. Nuværende retningslinjer lægger op til, at den bedst kvalificerede ansøger tildeles det opslåede forløb. Ved sammenhængende uddannelsesforløb springes denne procedure over, idet lægen sikres introduktionsstilling og hoveduddannelsesforløb ved KBU-start. C) Sundhedsstyrelsen skal undersøge om andre fordelingsmetoder end den nuværende lodtrækningsmetode kan medvirke til, at flere decentrale placeringer tildeles de kandidater, der er mest motiverede for at arbejde de pågældende steder. Det er for nuværende ikke muligt at vurdere, om der findes andre fordelingsmetoder, som de kommende KBU-læger finder mere retfærdig og motiverende.	
3	Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse (hoveduddannelsen skal som hovedregel påbegyndes senest fem år efter påbegyndelsen af KBU)	A) Forsøg med øget fleksibilitet ifm. lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb med udgangspunkt i decentrale sygehuse/praksis i lægedækningstruede områder (hvor ophold her ikke tæller med i de 5 år, eller lempeligere dispensationspraksis i forhold til	A og B) At det er udvalgte sygehuse/praksis i lægedækningstruede områder, der udløser dispensation for femårsfristen til den uddannelsessøgende læge, kan medføre et incitament til, at yngre læger i højere grad søger ansættelse her, da det bliver muligt at opnå en bredere klinisk erfaring uden at blive berørt af femårsfristen.	A og B) Skal gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Sundhedsstyrelsen. Videreuddannelsesregionerne skal efterfølgende varetage implementering og forvaltning.

		femårsfristen).	Bemærkning: I Regeringsgrundlaget fra 2016 er der forslag om ændring af femårsfristen til en seksårsfrist, hvilket aftalepartierne noterer sig i Politisk aftale om bedre lægedækning.	
		B) Lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger, der har været ansat i decentrale uddannelsesforløb.		
4	Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer	Samarbejde om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger m.v.)	Dette foregår allerede i vid udstrækning i Region Syddanmark på almenlægeområdet ift. yderområderne, men samarbejdet kan udbygges.	Der er allerede formelle fora for et sådant samarbejde på almenlægeområdet. Yderligere samarbejdsinitiativer dagsordenssættes.
<i>Almen praksis</i>				
5	Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse (herunder i lægedækningstruede områder)	A) Mulighederne for medicinstuderendes klinikophold i almen praksis øges. B) Mulighed for studiejobs som praksisassistenter i almen praksis øges. C) Alle læger i den Kliniske Basisuddannelse skal arbejde et halvt år i almen praksis.	A) Universiteterne vil skulle indpasse dette i studieplanerne, men er dertil afhængig af, at det er muligt at indgå et samarbejde med det nødvendige antal alment praktiserende læger/praksistutorer. Det kan ikke udelukkes, at praksistutorerne ofte vil være de samme, som videreuddannelsesregionerne kan godkende til videreuddannelsen af læger i KBU-forløb samt almen medicinske Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb. Der kan derfor opstå en logistisk udfordring i forhold til at etablere uddannelsespladser til alle. B) Dette er allerede en mulighed i Region Syddanmark, men det vil i et rekrutteringsperspektiv være hensigtsmæssigt at have et øget fokus på dette. Bemærkning: Region Syddanmarks seneste forhandlinger med Foreningen af Danske Lægestuderende (FADL) om aflønning af	A) Skal gennemføres af universiteterne. B) De praktiserende lægers ansvar at udbyde flere studiejobs som praksisassistenter. C) Sundhedsstyrelsen skal implementere i samarbejde med videreuddannelsesregionerne Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne støtter op om, at alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som

		praksisassistenter medførte en så høj aflønning, at det ikke var attraktivt for almen praksis, at ansætte de uddannelsessøgende læger i jobbene. C) Aktuelt er 80% af en KBU årgang ansat i almen praksis i 6 måneder. Det kan ikke udelukkes, at det, at flere læger får erfaring med arbejdet i almen praksis, vil medføre, at flere efterfølgende vil vælge en speciallægeuddannelse i almen medicin. Selvom dette ikke skulle være tilfældet, kan ikke det udelukkes, at det kan være en fordel for et senere samarbejde om fælles patienter, at alle læger har erfaring med arbejdet i almen praksis. I Region Syddanmark er der udover til almen medicin rekrutteringsudfordringer til specialerne psykiatri og klinisk onkologi, hvorfor 15% af en KBU årgang aktuelt er ansat 6 måneder i psykiatrisk afdeling og 5% i onkologisk afdeling mhp. på senere rekruttering til specialerne. Såfremt samtlige læger i den Kliniske Basisuddannelse fremover skal i almen praksis, kan det måske medføre rekrutteringsmæssige udfordringer til speciallægeuddannelsen i psykiatri og klinisk onkologi. Det er derudover vigtigt at understrege, at KBU-lægerne udgør en betydelig faktor i forhold til bemanning af afdelingerne, herunder varetagelse af aften-, nat- og weekendvagter. Såfremt det besluttes at alle læger i Klinisk Basisuddannelse, skal 6 måneder i almen praksis, vil det være nødvendigt for Region Syddanmark at	en del af den kliniske basisuddannelse (KBU)
--	--	--	---

			etablere flere uddannelsespladser i almen praksis, hvilket kan blive en udfordring i lægdækningstruende områder. Dertil vil det medføre behov for et øget uddannelsesbudget til aflønning af lægerne, da det jf. overenskomsten med PLO er regionen, der aflønner KBU-lægerne 100% .	
6	Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin.	En øgning anbefales med baggrund i en forventning om et relativt stigende behov for brede medicinske kompetencer samt almen medicinske ydelser i kombination med, at den forventede stigning i antal almenmedicinere er lav sammenlignet med andre specialeområder. En øgning skal ske indenfor den samlede dimensionering. Indfasningen af flere almen medicinske uddannelsesstillinger skal ske i takt med, at en rimelig andel af de nuværende uddannelsesstillinger besættes, herunder i lægdækningstruede områder	Der er årligt flere vakante hoveduddannelsesforløb i almen medicin, hvorfor det er hensigtsmæssigt at indfasningen af flere almen medicinske hoveduddannelsesforløb sker i takt med, at en større andel af de nuværende forløb besættes, herunder i lægdækningstruende områder. Det kan ikke udelukkes, at en relativ opprioritering af almen medicinske hoveduddannelsesforløb inden for den samlede dimensionering, at flere har erfaring med almen praksis fra KBU-forløb i kombination med en fem- eller seksårsfrist kan understøtte incitamentet til at vælge en almen medicinsk speciallægeuddannelse. En øgning af dimensioneringen i almen medicin medfører behov for etablering af flere uddannelsespladser i almen praksis, hvilke kan blive en udfordring i lægdækningstruende områder. Et øget antal uddannelsesstillinger i almen praksis vil medføre behov for et øget budget til aflønning af læger i introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb. Jf. overenskomsten med PLO, finansierer regionen	Sundhedsstyrelsen træffer beslutningen efter rådgivning fra Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og dets Prognose- og Dimensioneringsudvalg. Implementering sker i samarbejde med videreuddannelsesregionerne. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægdækning, at aftalepartierne støtter op om, en relativ øget dimensionering af uddannelsesstillinger i almen medicin.

			uddannelseslægerne løn med 100% i introduktionsstilling, samt fase 1 af hoveduddannelsen aftagende til 61% i fase 3.	
7	Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almenmedicinske klinikker	A) At give regionerne mulighed for at drive regionsklinikker uden forudgående udbud (Forslag fra Danske Regioner) B) Mulighed for drift af regionsklinikker i en længere periode end 4 år (forslag fra hele udvalget undtagen Lægeforeningen)	A) Ville være en vigtig mulighed at få og gavne regionernes mulighed for at sikre kontinuitet og ro på lægedækningen og gavne planlægningen af området. B) Dette vurderes at kunne fremme ro og kontinuitet	A og B) Vil kræve ændring i sundhedsloven. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at sundhedsministeren i efteråret 2017 vil fremsætte lovforslag om udvidelse af perioden for drift af regionsklinikker til seks år.
8	Mere fleksible organisationsformer i almen praksis	A) Større udbredelse af satellitpraksis B) Øget mulighed for ansættelse af almenmedicinere i almen praksis C) Det muliggøres, at læger kan eje op til 6 ydernumre ved køb fra andre praktiserende læger	A) Findes i overenskomsten nu, men bruges meget begrænset i Region Syddanmark. Øget brug bør overvejes for at sikre lægedækning i et lokalområde B) Vurderes formentlig at ville lette rekrutteringen til almen praksis C) Den øgede fleksibilitet vil formentlig gavne rekrutteringen og medvirke til optimering af de lægelige ressourcer via stordriftsfordele.	A) Kan realiseres indenfor gældende overenskomst. B) Vil kræve ændring i overenskomsten C) Vil kræve ændring i sundhedsloven. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at sundhedsministeren i efteråret 2017 vil fremsætte lovforslag herom
9	Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis (ikke tiltrådt af Lægeforeningens medlemmer)	Øget brug af praksispersonale i praksis – ses i sammenhæng med forslag 13 om fleksible åbne- og lukkegrænser (flere patienter pr. læge)	Vurderes at være rum for ansættelse af mere klinikpersonale i praksis, men skal sikres, at dette medfører frigørelse af kapacitet til at varetage flere patienter (og ikke til lavere arbejdstid til lægerne).	Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst. (men disse vil formentlig kun, hvis økonomiløftet hæves)
10	Rammedelegation til	Delegere iværksættelse af bestemte typer	Kan være relevant at arbejde videre med	De berørte organisationer skal

	kommunale sygeplejersker	af medicinering til kommunale sygeplejersker	rammedelegation på nogle helt konkrete og veldefinerede områder, f.eks. håndkøbsmedicin. Det er naturligvis essentielt, at ansvaret er entydigt placeret (hos egen læge eller plejehjemslægen), og at det udførende personale (f.eks. den kommunale sygeplejerske) er tilstrækkeligt fagligt klædt på til opgaven. Der er bl.a. erfaringer på området fra Varde kommune.	aftale skitse til, hvordan rammedelegation kan udbredes.
11	Honoreringen differentieres efter patienttyngde	Basishonoraret afspejler patienttyngden (alder, sygelighed og/eller socioøkonomiske forhold), dvs. øget basishonorar for læger med høj patienttyngde og reduceret for læger med lav patienttyngde).	Dette kunne muligvis motivere nogle læger til nedsættelse i socialt belastede områder (som regionsrådet gerne vil fremme, jf. regionens lægedækningsstrategi), mens effekten på øget lyst til nedsættelse i yderområder i regionen måske er mere tvivlsom, da patienttyngden på kommuneplan kun synes svagt større i Region Syddanmark på nær en enkelt kommune.	Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at partierne vil omprioritere midler i en treårig overgangsperiode til at understøtte en honoraromlægning. Prioriteringen forudsætter, at overenskomstparterne aftaler en model for differentieret basishonorar i de aktuelle overenskomstforhandlinger.
12	Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis	A) Øget udbredelse af praksisfællesskaber og praksis i sundhedshuse og tilknyttet kommunale akutfunktioner. B) Udbredelse af klyngefællesskaber (fællesskab mellem praksis om administrative opgaver og fagligt personale)	Denne strategi har regionen arbejdet målrettet med siden den første praksisplan og generelt med succes.	A) Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst. Skal understøttes via samarbejde mellem region, læger og kommuner. B) Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst.

13	Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal (ikke tiltrådt af medlemmerne fra Lægeforeningen)	A) At overenskomstens tekniske åbnegrænse (praksis åbnes automatisk, når patienttallet falder til 1475) hæves. B) At det overvejes at hæve den nedre lukkegrænse på 1600 (dvs. at det nuværende normtal hæves – flere patienter pr. læge)	A) Vil skaffe mere patientkapacitet men også meget hyppigere åbninger/lukninger af de enkelte praksis. Kunne løse nogle kapacitetsmæssige problemer i f.eks. Esbjerg, hvor et af hovedproblemerne er, at praksis er lukket på 1600 -men må omvendt ikke animere ældre læger til at stoppe før tid, så der bør nok være en dispensationsmulighed.	Vil kræve ændring i overenskomsten
14	Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger (ikke tiltrådt af Lægeforeningens medlemmer)	Lempede krav for praktiserende læger til at dække lægevagten enten generelt eller i lægedækningstruede områder for at lette rekrutteringen.	Det er allerede svært for den regionale lægevagt at få bemandet alle vagter frivilligt, så en generel lempelse vil være problematisk. En lempelse i lægedækningstruede områder kunne muligvis gavne lægedækningen men vil nok skulle ske "på bekostning" af en del af frivilligheden i de øvrige dele af regionen.	Kræver umiddelbart ingen ændringer. Vagtchefen/vagtudvalget har planlægningsansvaret for lægevagten og bemanningen heraf. Der er i vagtaftalen aftalt honorering i tilfælde, hvor lægevagten ikke kan bemandes af lokale læger. Der benyttes på nuværende tidspunkt allerede en bemandingsmodel, hvor der tages højde flere forhold bl.a. geografi, lokal lægedækning m.m.

Sygehuse og speciallæger

15	Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger	Lægedækningsudvalget foreslår at speciallægepraksis i højere grad end hidtil inddrages i videreuddannelsen til speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer. Lægedækningsudvalget vurderer, at der	Lægerne vil først opnå erfaring med arbejdet i speciallægepraksis efter valg af speciale. Det kan derfor være tvivlsomt, hvor stor en effekt speciallægepraksis har på valg af speciale. En forudsætning for etablering af videreuddannelse i speciallægepraksis er, at det sker under hensyntagen	Kræver at Sundhedsstyrelsen tilpasser <i>Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger</i> . Hvorefter videreuddannelsen kan inddrage flere speciallægepraksis i videreuddannelsen.
----	--	--	---	---

		kan være uudnyttede uddannelsesmuligheder i sektoren, som både kunne øge kapaciteten og give en bredere rekrutteringsplatform eksempelvis til det psykiatriske område.	til uddannelsens kvalitet. Et øget antal uddannelsesstillinger i speciallægepraksis vil medføre behov for et øget budget til aflønning af læger uddannelsesstillinger, da regionen jf. overenskomsten med Foreningen af Speciallæger finansierer uddannelseslægenes løn 100%.	
16	Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene	A) Sygehusene koordinerer deres rekruttering, så der tages hensyn til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer B) De fem regioner samarbejder om rekruttering, så der tages hensyn til de andre regioners lægedækningsmæssige udfordringer,	A og B) Beslutningen i Danske Regioners Bestyrelse den 15.12.2016 om "tiltag relateret til udviklingen i antallet og fordelingen af speciallæger på sygehusene" vurderes at være første skridt i forhold til et samarbejde på tværs af regionerne og internt i regionerne om rekruttering og ansættelse af speciallæger, med afsmittende effekt på uddannelseslæger. Internt i regionen vurderes det, at der f.eks. i Koncernledelsesforum og direktionens dialogmøder med sygehusenhederne vil være et tiltagende fokus på og samarbejde om lægedækning.	A og B) samarbejde herom i Danske Regioners bestyrelse, Sundhedsdirektørkredsen, Koncernledelsesforum, direktionens dialogmøder med sygehusenhederne m.m.
17	Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne	Øget opgaveflytning på sygehusene fra læger til andre grupper mhp. at understøtte bedre lægedækning.	Som på almenlægeområdet bør der til stadighed være fokus på, at knappe faglige ressourcer anvendes optimalt.	Fortsat samarbejde om opgaven mellem regionerne og de pågældende faglige organisationer.
18	Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer	Videre mulighed for delestillinger på sygehusene, hvor lægen har ét hovedarbejdssted og samtidig gør tjeneste	Umiddelbart har vi forbehold overfor udbredelse af deltidsydernumre i speciallægepraksis. I vores praksisplaner på området søger vi også aktivt at	Sygehusene kan selv aftale mere fleksible ansættelsesforhold.

	et andet sted (hvor der mangler læger). I speciallægepraksis fleksible løsninger med eks. tilladelse til at en deltidsyder må have deltidsydernumre i to regioner (hvoraf mindst den ene har rekrutteringsproblemer)	reducere antallet af deltidspraksis og kunne være bekymrede for, at en imødekomme af forslaget kan føre til flere deltidydernumre og dermed en udhuling af princippet om først og fremmest fuldtidspraksis inde for speciallægeområdet.	Ændringerne i speciallægepraksis vil kræve ændring i overenskomsten.
--	--	---	--

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 17/2536
Dato: 9. februar 2017
Udarbejdet af: Tine Carvin og Tine Boesen Larsen



3. Den videre proces

Administrationen vil nu arbejde videre med udarbejdelse af konkrete forslag til udmøntning af rapportens anbefalinger og disse vil efterfølgende blive forelagt politisk.

Region Syddanmark

Att.: Birthe Navntoft
birthe.navntoft@rsyd.dk

Dato: 01-03-2017
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.:
Sagsnr.: 1700350
Dok nr.: 311547

Kære Birthe Navntoft

Sundheds- og Ældreministeriet har den 22. december 2016 modtaget Region Syddanmarks orientering om, at direktionen i Region Syddanmark har indgået en samarbejdsaftale med regionens kommuner inden for rammen af bekendtgørelse og vejledning for personer med kronisk respirationsinsufficiens med virkning fra 1. januar 2016.

Sundheds- og Ældreministeriet skal oplyse, at det følger af bekendtgørelse nr. 987 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens § 6, at bekendtgørelsen træder i kraft den 31. august 2015.

Det følger endvidere af vejledning nr. 10338 af 24. august 2015 om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens afsnit 7.1 Omkostninger, som skal fordeles, at:

"Uanset om region og kommuner selv aftaler en nøgle for fordeling af udgifterne, jf. afsnit 7.2, eller om de anvender en centralt fastsat fordelingsnøgle, jf. 7.3, gælder fordelingsnøglen fra bekendtgørelsens ikrafttræden både for ordninger, som var etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden og for ordninger, som indgås efter bekendtgørelsens ikrafttræden."

Det betyder, at regionens og kommunernes aftale om fordeling af udgifter gælder fra den 31. august 2015.

Sundheds- og Ældreministeriet har videresendt Region Syddanmarks orienteringsbrev og Sundheds- og Ældreministeriets besvarelse af henvendelsen til Social- og Børneministeriet til orientering.

Med venlig hilsen



Charlotte Gøthilda Magnéli

Tabel: Regulering af kommunernes udgifter til fælles hjælperordninger

Kommune	Løsning 2: Regulering af kommunernes udgifter til fælles hjælperordninger for sep, okt, nov og dec 2015 - beregnet med udgangspunkt i en samlet fordelingsnøgle på 73,7 procent	Løsning 1: Regulering af kommunernes udgifter til fælles hjælperordninger - beregnet med udgangspunkt i en fordelingsnøgle på 67%
Assens	-327.462	-169.110
Billund	292.931	408.812
Esbjerg	665.921	1.058.578
Fredericia	-440.751	-93.513
Faaborg-Midtfyn	145.340	469.851
Haderslev	-36.116	125.875
Kerteminde	89.566	148.459
Kolding	-696.801	-191.965
Langeland	121.154	304.544
Middelfart	-204.711	7.868
Nordfyns	11.265	112.375
Nyborg	217.052	431.470
Odense	849.570	2.638.596
Svendborg	-483.248	-239.528
Sønderborg	229.086	615.260
Tønder	59.093	102.146
Varde	454.994	675.199
Vejen	163.694	205.738
Vejle	-1.479.337	-854.159
Aabenraa	368.760	654.558
I alt	-	6.411.053

+betyder at kommunen skal tilbagebetale/-betyder at regionen skal tilbagebetale

+betyder at kommunen skal tilbagebetale/-betyder at regionen skal tilbagebetale